Statistische Beiträge

zur

Perityphlitis

und deren operativen Behandlung.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

kgl. bayr. Friedrich-Alexanders-Universität Erlangen

vorgelegt von

Max Schlichtegroll
aus Erlangen.

Tag der mündlichen Prüfung: 1. Dezember 1896.

Erlangen.
K. b. Hof- u. Univ.-Buchdruckerei von Fr. Junge (Junge & Sohn).
1896.

Gedruckt mit Genehmigung der med. Fakultät.

Referent: Herr Prof. Dr. von Heineke.

Decan: Herr Prof. Dr. Penzoldt.

Seiner Mutter

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom Verfasser.

Über die entzündlichen Erkrankungen in der rechten Darmbeingrube haben lange Zeit, trotzdem sie häufig vorkommende Erkrankungen darstellen, sehr unklare und wenig präcise Anschauungen geherrscht. Schon die zahlreiche Nomenclatur, die von verschiedenen Ärzten verschiedener Nationen eingeführt wurde, zeigt uns, dass es an einem richtigen Begriffe von dem Wesen dieses Krankheitsbildes fehlte. Der Hauptgrund lag wohl darin, dass man ein ganzes Heer von Erkrankungen unter einem Begriffe unterbringen wollte. Das Erkrankungsbild ist ja ein sehr vielgestaltiges und die Komplikationen, welche dazu treten können, sind sehr zahlreich. Im klinischen Bilde kommen die grössten Abstufungen zur Beobachtung, so dass eine mit demselben Namen belegte Krankheit bald als ein völlig harmloses, von anderen wieder als ein äusserst schweres Leiden bezeichnet wurde.

Nach Penzold verstehen wir unter Perityphlitis alle fast ausschliesslich vom Wurmfortsatze ausgehenden Entzündungen und Eiterungen im Peritoneum oder dem retroperitonealen Bindegewebe in der Umgebung des Blinddarmes.

Talamon schildert die Symptome also: „Douleur fixe dans la fosse iliaque droite, précédée ou accompagnée de coliques abdominales, suivie de la formation d'une tumeur douloureuse qui aboutit plus ou moins

rapidement, tantôt à la résolution, tantôt à la suppuration.

Wenn eine so lange Zeit darüber hinging, bis eine so verbreitete Erkrankung wie Perityphlitis in ihrer Grundform erkannt wurde, so trug einen grossen Teil der Schuld der Umstand, dass bei der grossen Anzahl der Unterleibserkrankungen Perityphlitis oft nicht richtig erkannt und mit anderen entzündlichen Unterleibserkrankungen teils verwechselt, teils zusammengeworfen wurde.

Nicht mit Unrecht nannte ein Autor den processus vermiformis ein Stiefkind der Kliniker. Allgemein hielt man ihn für ein durchaus unwichtiges in seiner Funktion und pathogenen Beziehung gleichgültiges Anhängsel.

Auch die pathologische Anatomie, bei der wir in zweifelhaften Dingen gerne Rat suchen und auch meist den gewünschten Aufschluss erhalten, hat uns auf diesem Gebiete nicht recht befriedigen können. Zur Sektion kommen meist nur Fälle, bei denen schwere Komplikationen eingetreten sind oder die Veränderungen derartig fortgeschritten sind, dass man über den ersten Anfang und die weiteren Entwickelungsstadien wenig oder keinen Aufschluss erhält.

Nicht ohne Überraschung und Staunen nahm die medizinische Welt allmählich Kenntnis von der grossen pathogenen Bedeutung, welche dieses rudimentäre, wie man heute sicher sagen kann, in weiterer Rückbildung begriffene Organ nach den zahlreichen Beobachtungen der verschiedensten Autoren gewonnen hat.

Diese Aufklärung entstammt in einwurfsfreier Weise erst dem letzten Dezennium. Wohl hatten schon da und dort einzelne Stimmen den Sachverhalt richtig gekennzeichnet; so z. B. der deutsche Arzt

Volz, der schon in seiner im Jahre 1846 erschienenen Schrift Licht in das bis dahin wenig bekannte Kapitel der Perityphlitis durch seine ausgezeichneten pathologischen anatomischen Untersuchungen gebracht hatte.

Aber diese Beobachtungen waren zu vereinzelt, als dass sie und ihre Deutung eine allgemeine Annahme hätten finden können. Die Kenntnisse über das Wesen der Erkrankung wurden hauptsächlich auf dem Sektionstisch gewonnen. Die schwer verlaufenden zum Tode führenden Erkrankungen zeigten aber gewöhnlich ein sehr kompliziertes, in der zeitlichen Entstehung der einzelnen Erscheinungen schwer entwirrbares Bild. Eine durchgehende Aufklärung über die zeitliche und ursächliche Aufeinanderfolge der einzelnen Erscheinungen konnte erst durch zahlreiche Beobachtungen auf dem Operationstisch gewonnen werden, da nur bei dieser Gelegenheit die Anfangsstadien der Erkrankung und die Entwickelung der verschiedenen Komplikationen in ihren einzelnen Etappen verfolgt werden konnten.

Der Anstoss zu dieser Revision unserer pathologischen und therapeutischen Ansichten ging von den Amerikanern aus, von denen besonders Weir, Treves, Senn zu nennen sind. Ihnen schlossen sich dann bald als energische Vorkämpfer für eine frühzeitige operative Behandlung Roux in Lausanne, Lennander in Upsala und Sonnenburg in Berlin an.

Ein derartig radikales Eingreifen, wie es von diesen Autoren geübt und verlangt wurde, konnte allerdings erst dann Platz greifen, als die antiseptische Behandlung auf dem Gebiete der operativen Bauchhöhlenchirurgie schon bis zu einer grossen Vollkommenheit gediehen war. Erst nachdem es möglich geworden war, die Gefahren einer unkomplizierten Laparatomie

fast auf Null herabzusetzen, konnte man daran denken, auch die weniger lebensgefährlichen Erkrankungen in der rechten Darmbeingrube operativ zu behandeln und so der Untersuchung zugänglich zu machen. — Nun trat klar zu Tage, dass nicht in erster Linie das Coecum bei der Entstehung der Perityphlitis beteiligt sei, sondern dass fast ausschliesslich von dem so wenig beachteten processus vermiformis die Erkrankung ausging und manch rasch tötlich verlaufender Fall führte eine beredte Sprache für die Richtigkeit dieser Behauptung.

Mit der fortschreitenden Erkenntnis schwanden auch manche irrige Anschauungen, wie die in allen Fällen an eine Typhlitis stercoralis zu denken. Wir verstehen hierunter den Zustand, dass die Entzündung, die mit Kotanhäufung einhergeht, auf die Schleimhaut des Blinddarmes lokalisiert bleibt. Die Symptome derselben treten zuweilen sehr rasch auf, in anderen Fällen gehen denselben längere Zeit andauernde Vorboten voraus, die vorzüglich in Verstopfung bestehen und dumpfen Schmerzen in der Ileocoecalgegend. In vielen Fällen ist der Leib durch Meteorismus stark aufgetrieben, die Gegend um das Coecum herum stärker hervorgewölbt und auf Druck sehr schmerzhaft. — Nicht unerwähnt möchte ich Sahlis Ansicht über Typhlitis stercoralis lassen, die er in seinem bekannten Referate giebt: „Die Unterscheidung einer Typhlitis stercoralis von der Appendicitis hat schon viel Unheil angerichtet durch das aus der angeblich ätiologischen Bedeutung eines Kotpropfen im Coecum abgeleitete Postulat, diesen letzteren mechanisch durch Klystiere und Abführmittel zu entfernen. Diese Indikation existiert nach Sahlis Ansicht nicht, weil die primäre Existenz jenes „Boudin stercoral“ nicht nachgewiesen,

aus verschiedenen Gründen sogar sehr unwahrscheinlich ist. Das, was man bei der sog. Typhlitis stercoralis fühlt, ist nicht Kot oder doch nur zum geringsten Teile Kot, vielmehr Exsudat und entzündliche Infiltration. Der betreffende Tumor fühlt sich bei dieser Form so fest und derb an — im Gegensatz zu der typischen Appendicitis — weil es sich um eine weniger virulente infolgedessen mehr adhäsive Form der Entzündung handelt. Vieles spricht dafür, dass die sog. Stercoraltyphlitiden in der Mehrzahl der Fälle nichts anderes sind als weniger virulente Appendicitiden. Wenn Sahli also auch die Existenz einer Typhlitis stercoralis im Sinne der Lehrbücher bestreiten zu dürfen glaubt, so möchte er damit nicht bestreiten, dass der Stuhlverstopfung eine gewisse ätiologische Bedeutung bei der Entstehung der Perityphlitis überhaupt zukommt, aber keine grössere als jeder anderen Störung der Darmfunktion.“

Die häufigsten bei Perityphlitis gefundenen Erkrankungen des processus vermiformis sind die Kotsteine und die dadurch entstehenden pathologischen Veränderungen des Wurmfortsatzes. Der Vorgang dabei ist etwa folgender: Im Innern des Wurmfortsatzes entsteht allmählich ein Konkrement, das sich aus eingedickten Fäkalmassen und einer gewissen Menge von Darmschleim zusammensetzt. Diese Konkremente sind von sehr verschiedener Grösse, Farbe und Konsistenz. Sie können die Grösse eines Taubeneies erlangen und sehr hart werden. Durch längeres Liegenbleiben eines solchen Konkrementes an ein und derselben Stelle entsteht allmählich ein Decubitusgeschwür, das immer weiter um sich greift und den peritonealen Überzug erreicht, der ebenfalls perforiert wird.

In anderen Fällen kommt es zu Adhäsionen und Verwachsungen und es entsteht das Bild der chronischen adhäsiven Perityphlitis. Geht dagegen die Erkrankung plötzlich auf die Umgebung über, so entsteht die akute Perityphlitis. Nach den Untersuchungen zahlreicher Autoren ist die häufigste Ursache der akuten Perityphlitis, sowie der sich in manchen Fällen anschliessenden Peritonitis die Perforation des Wurmfortsatzes. Es hält hierbei natürlich schwer einen strikten Beweis dieser Behauptung für alle Fälle von akuter Perityphlitis zu erbringen. Bei Autopsien fand

Matterstock	unter	146	Autops.	Erwachsener	132 mal	Perforationen
„	„	49	„	von Kindern	37 mal	„
Fenwich	„	129	„	„ „	113 mal	„
Gautier	„	50	„	„ „	48 mal	„
Weir	„	100	„	„ „	84 mal	„
Langheld	„	112	„	„ „	83 mal	„

Bei meiner Zusammenstellung von 371 Fällen operativ behandelter Perityphlitis ergaben sich 149 Perforationen des Appendix. Dass hier die Zahl der Perforationen geringer ist, hat seinen Grund darin, dass in vielen Fällen bei der Operation der processus veriformis nicht gefunden wird, in anderen nicht darnach gesucht wird und in wieder anderen die Perforationsöffnung zu versteckt liegt oder verklebt ist.

Fast immer bildet sich bei der Perforation des Appendix ein Abscess, der in der Mehrzahl der Fälle durch Verwachsungen und Adhäsionen abgekapselt ist; die Perforation wird herbeigeführt durch allmähliche Verdünnung und schliessliche Zerreissung der Wand durch ein Geschwür oder gangränöse Prozesse.

In selteneren Fällen ist die Perforation durch das Platzen eines Empyemes herbeigeführt. Das Empyem stellt nach den Beobachtungen einiger Autoren eine

ziemlich grosse Gefahr dar, denn die Perforation erfolgt hierbei oft so schnell, dass das Peritoneum keine Zeit mehr hat der drohenden Gefahr zu begegnen; es kommt zu Erguss des Eiters in die freie Bauchhöhle und zu einer daraus entstehenden, in vielen Fällen letal endenden Peritonitis. Sehr zutreffend ist daher der Vergleich Bossards mit einer geladenen Bombe, deren Platzen totbringend sein kann. Die ebenerwähnte Peritonitis, die durch ihren foudroyanten Verlauf ausgezeichnet ist und der wir im Verlauf meiner Zusammenstellung noch öfter begegnen werden, wurde von Mikulicz als diffuse septische Peritonitis bezeichnet. Im Gegensatz zu ihr sprechen wir von progredient fibrinös eitriger Peritonitis, wenn sich ein Exsudat in der Umgebung bildet und der Prozess allmählich weiter schreitet, indem immer wieder neue Mengen eitrigen Exsudates abgekapselt werden.

Ausser in die Bauchhöhle kann sich der perityphlitische Abscess noch verschiedene andere Wege zu seiner Entleerung bahnen. So kann er das Zwerchfell durchbrechen und in die Pleurahöhle eindringen.

In anderen Fällen bricht er nach der Blase durch, wobei es zu Cystitis kommt. Endlich kann er Gefässe arrodieren, die vena cava, Arteria iliaca externa, vena femoralis und vena portarum.

Weniger gefährlich sind Fälle, in denen der Abscess in die Gebärmutter oder die Bauchdecken durchbricht.

Am günstigsten sind die Perforationen in den Mastdarm und die Scheide. —

Wir haben jetzt die Thatsache kennen gelernt, dass die Blinddarmentzündung auf die eben beschriebene Weise zu Stande kommt und den und jenen Verlauf nimmt.

Es wäre nun noch der prädisponierenden und Gelegenheitsursachen, auf die ja bei Entstehung der Perityphlitis immer noch mehr oder weniger Gewicht gelegt werden, zu gedenken.

Zunächst wäre hier die Obstipation zu erwähnen, da wir dieselbe immer und immer wieder unter den disponierenden Ursachen nennen hören.

Wenn wir auch zugeben müssen, dass die Kotstauung im Blinddarm zweifelsohne das Eindringen von Kot in den Wurmfortsatz erleichtert und der Wiederaustritt bei der leichtesten Schwellung der Schleimhaut so sehr erschwert wird, so ist es doch bisher keinem gelungen, einen regelmässigen Einfluss dieses Momentes bei Entstehung der Perityphlitis nachzuweisen.

Einen weit grösseren Einfluss hierauf scheint vielmehr das Eindringen von Fremdkörpern aller Art, sowie unverdauten Nahrungsresten zu haben; so werden auch bei der Untersuchung der Kotsteine regelmässig unverdaute kantige Speisenreste pflanzlichen Ursprunges gefunden. Interessant ist es, wie mannigfach die Fremdkörper sind, die in den processus vermiformis gelangten und Perityphlitis verursachten. So erwähnt

Gerhard einen Fall, wo sich Kotpartikelchen an 2 Barthaare ansetzten,

Eulenburg beobachtete Borsten einer Zahnbürste,

Demme 3 erbsengrosse Glasperlen,

Servire einen Orangekern,

Boussi endlich eine Nadel.

Von den Gelegenheitsursachen erwähne ich Traumen aller Art, plötzliche Einwirkung äusserer Gewalten, die die Coecalgegend betreffen, plötzliche Steigerung des intraabdominellen Druckes, unzweckmässige schwer verdauliche Nahrung, endlich starke Abführmittel, sei

es nun, dass hiedurch der letzte Anstoss zu einer längst vorbereiteten Perforation gegeben wird, sei es, dass durch das Trauma Entzündung verursacht wird. Alle diese Momente, mag sie nun der eine für mehr, der andere für weniger wichtig halten, der Beachtung sind sie sicher wert. —

Bevor ich nun zur Therapie übergehe, möchte ich in kurzen Zügen der Einteilung der Appendicitis in 3 Hauptformen gedenken, wie sie uns jüngst Sonnenburg gab:

I. Appendicitis simplex catarrhalis:
   1) Akute, chronische, obliterierende cystische Form.
   2) Eitrig katarrhalische Form (Empyeme).

II. Appendicitis perforativa suppurativa:
   1) Mit Periappendicitis (periappendikulärem Abscess infolge Durchbruch eines Kotsteines oder Platzen eines Empyemes.
   2) Mit allgemeiner eitriger Peritonitis infolge der Perforation.

Aus beiden Arten kann sich entwickeln

III. die Appendicitis gangraenosa:
   1) Ohne Perforation des Appendix meist mit diffuser septischer Peritonitis.
   2) Im Anschluss an eine beginnende Perforation mit circumscripter oder diffuser Peritonitis.

Sei es mir nun gestattet, mit einigen Worten der Behandlung bei Perityphlitis zu gedenken. Die Frage ob und wann bei Perityphlitis operiert werden solle, ist noch eine brennende und wenn die Mehrzahl sich in diesem Punkte geeinigt hat, so sind doch noch immer einzelne schwer zu überzeugende Gegner vorhanden. Bis in die letzten Jahre herein galt bei all den perityphlitischen Erkrankungen die medikamentöse

„innere“ Behandlung für die zweckmässigste und erfolgreichste. Nun wurde neuerdings von autoritativer Seite und speziell, wie ich bereits oben erwähnte, seitens amerikanischer Chirurgen die Frage der Frühoperation mehr und mehr in den Vordergrund gestellt und vielfach wurde die Behauptung aufgestellt, ob nicht ein frühzeitiger operativer Eingriff günstigere Resultate erziele als die medikamentöse Behandlung, die in vielen Fällen fruchtlos sei und zuletzt doch der operativen Platz machen müsse. In kurzen Zügen möchte ich die erstere noch erwähnen. Worin besteht nun diese, wenn wegen der drohenden Perforation bei bereits bestehender Obstipation Abführmittel jeder Art direkt kontraindiciert sind?

Sie besteht hauptsächlich in absoluter Ruhe. Ruhe sowohl für den Patienten, Ruhe auch für den Darm. Zur Ruhestellung des Darmes geben wir Opium. Sahli rät von Opiumbehandlung mit grossen Dosen entschieden ab, da er glaubt, dass infolge des Schlagwortes Perityphlitis muss „mit grossen Dosen Opium“ behandelt werden, schon Patienten an Opiumvergiftung zu Grunde gegangen seien. Er ist im Gegenteil der Ansicht, es sei für den Patienten vorteihafter, wenn man mit kleinen Dosen Opium auskommt, die Dosen müssen bloss genügend sein, und dies sind sie, wenn sie den Patienten nahezu schmerzfrei halten und namentlich die kolikartigen Steigerungen verhüten.

Ferner bewirkt das Opium eine vollkommene Erschlaffung des Darmkanals und begünstigt so die eventuell beginnenden Verklebungen und Verwachsungen. Ich selbst hatte die wohlthuenden Wirkungen einer streng durchgeführten Opiumtherapie an mir zu beobachten Gelegenheit. Zu Anfang dieses Jahres erkrankte ich während meiner Militärdienstzeit an

Perityphlitis. Nachdem einige Tage Obstipation und leichtere Schmerzen in der Coecalgegend bestanden, traten diese am 4. Tage so heftig auf, dass ich vom Dienste weg mich zu Bette begeben musste. Es war deutliche Dämpfung in der Gegend des Coecum nachweisbar und gleichzeitig bestand ziemlich hohes Fieber. Nach einer von meinem hochverehrten Lehrer Herrn Prof. von Strümpell eingeleiteten Opiumtherapie in Verbindung mit strengster Ruhe und Diät, liessen die heftigen Schmerzen bald nach. Auch die Dämpfung verschwand allmählich und nach 18 Tagen konnte ich zum erstenmale das Bett verlassen.

Wenn nun auch durch diesen Fall sowie laut glaubwürdiger Statistiken der Nachweis erbracht wurde, dass in vielen Fällen mit der Opiumtherapie gute Heilerfolge erzielt wurden, so wäre es doch sehr gewagt, wollte man hier schablonenhaft und schematisch vorgehen. Nicht die Krankheit, den Kranken soll der Arzt behandeln und hier möchte ich auch an jene Worte erinnern, die jüngst Prof. Liebermeister auf einem ihm zu Ehren veranstalteten Jubiläumskongress gebrauchte: „Nec medicamentis confidere, sed therapiae.“ Niemals wird man von vorneherein sagen können, hier Messer, da Opium und Prof. Roux giebt uns hier eine sehr einfache Aufklärung, indem er sagt: A la question: Bistouri ou opium? je répondrai: „Opium et bistouri.“

Gar mannigfach sind die Komplikationen, die zu Perityphlitis treten können und manche davon sehr ernst. Wie verschieden die hierbei in Betracht kommenden Faktoren sind, geht schon aus einigen Momenten hervor, die ich hier anführen möchte, so die Lage- und Grössenverhältnisse des processus vermiformis, Widerstandsfähigkeit des Patienten, zweckmässiges

Verhalten gleich nach der Erkrankung, Quantität und Qualität des Eiters und last not least die Stelle der Perforation. Von den verhältnismässig günstigen Durchbruchstellen in Scheide und Mastdarm habe ich bereits oben gesprochen. Aber in nicht seltenen Fällen kommt es zur Perforation in die Nachbarorgane oder direkt in die Bauchhöhle, hier giebt das Krankheitsbild zu ernster Besorgnis allen Anlass und diesen Zeitpunkt nicht zu übersehen, sei heilige Pflicht des Arztes.

Die Punkte, auf die es im wesentlichen ankommt, um die Schwere des Zustandes zu beurteilen, giebt uns Sahli in seinem bekannten Referate und ihrer ungemein praktischen Wichtigkeit halber möchte ich sie hier anführen. Es sind folgende Momente: „Der ganze Habitus des Patienten, die Gesichtszüge, das Fehlen oder Vorhandensein der sog. Facies abdominalis, die Trockenheit oder Feuchtigkeit der Zunge (zu bemerken ist hier, dass Trockenheit der Zunge durch grosse Opiumdosen hervorgerufen werden kann), das Vorhandensein oder Fehlen der bei peritonitischen Zuständen stets ungünstigen Cyanose, das Verhalten des Pulses, das Vorhandensein von Fieber oder umgekehrt von abnorm niedriger mit dem Pulse im Widerspruch stehender Temperatur, das Vorhandensein oder Fehlen von Schüttelfrösten, das Verhalten der spontanen Schmerzen und der Druckempfindlichkeit, die Auftreibung des Abdomens, das Wachstum oder die Verkleinerung des fühlbaren Tumors, der Dämpfung und der schmerzempfindlichen Region, das Auftreten von Schmerzpunkten oder Resistenzen an entfernten Stellen des Bauches, das Erbrechen, der Abgang von Stuhlgang und Winden, das Vorhandensein von Blasenstörungen, die immer auf eine erhebliche Ausdehnung der Entzündung hindeuten, das Verhalten des Urines

in Bezug auf Menge und Eiweissgehalt, Bestimmung des Bauchumfangs mit dem Centimetermass, jede Zunahme des Umfanges bedeutet eine Verschlimmerung, jede Verkleinerung eine Besserung.“

Ein sehr wichtiges Symptom, auf das zuerst Prof. von Heineke hingewiesen hat, ist das Oedem der Bauchdecken.

Bei gewissenhafter Beobachtung aller dieser Momente dürfte es auch für den in der Diagnostik der Perityphlitis weniger Geübten nicht allzuschwer sein, Herr der Situation zu werden; was nun der eine oder andere für dringendere Indikation hält, mag ihm überlassen bleiben.

Ganz entschieden indiziert ist die Operation, wenn man nach genauer Beobachtung zu der Überzeugung gelangt, dass die medikamentöse Therapie nicht zum Ziele führt; und hier ist es wieder Sahli, der den für den internen Mediziner wie Chirurgen gewiss gleich acceptablen Mittelweg vorschlägt, indem er Fälle, die bei zweckmässiger Behandlung (Opium, Ruhe, Diät) nicht in kurzer Zeit von 3—8 Tagen rapide gebessert werden, wie es in der Regel der Fall ist, so dass man unter Berücksichtigung aller Verhältnisse einen völlig günstigen Eindruck erhält, zur Operation empfiehlt. Es ist dies so zu verstehen, dass, falls in den ersten 3 Tagen eine erhebliche Besserung eintritt, man bis zu 8 Tagen mit Empfehlung der Operation warten darf. Sind nach 8 Tagen Rückgang des Fiebers sowie der Schmerzen, Abnahme des Tumors, normales Verhalten des Pulses zu verzeichnen, so kann man auf die Operation verzichten; tritt dagegen später wieder Verschlimmerung ein, so muss operiert werden. In Fällen, wo nach 3 Tagen sachgemässer Behandlung, die Erscheinungen immer noch beunruhigend sind, rät

er bei Bestehen eines fühlbaren Tumors schon nach dieser Frist die Operation.

Wenn nun diese Frühoperation den entschiedenen Vorteil hatte, dass der Arzt schon in den ersten Stadien einen Einblick in das Krankheitsbild bekam, so hat man doch mit fortschreitender Erkenntnis mehr und mehr diesen Standpunkt verlassen und selbst die eifrigsten Vertreter dieser Operationsmethode bekehrten sich zu der Ansicht, dass man den Patienten der Annehmlichkeit, ohne Operation zu genesen, nicht berauben dürfe.

Heute geht die Ansicht fast aller Chirurgen dahin, man dürfe nur bei dringendster Indikation (d. h. bei sehr hohem Fieber, starken Schmerzen, Collaps) in den ersten Stadien der Krankheit operieren.

Ihrer enormen Bedeutung wegen möchte ich noch mit einigen Worten der Recidive sowie der Operation bei recidivierender Perityphlitis gedenken.

Wie kaum eine andere Erkrankung ist die Perityphlitis ihrer Recidive wegen bekannt und gefürchtet. Nach den ausgiebigen Untersuchungen Krafft s unterliegt es kaum mehr einem Zweifel, dass jede schwere Perityphlitis Veränderungen hinterlässt, meist in Form eines circumscripten Abscesses. Intra vitam machen dieselben weder besondere Symptome noch Beschwerden. Die Gefahr liegt vielmehr in dem häufigen Auftreten von Rückfällen, und ein jeder solcher Rückfall kann zu schweren Komplikationen führen.

Wie häufig diese Rückfälle sind, möge aus folgenden Angaben hervorgeheu.

Graser ist der Ansicht, dass in mindestens 20% aller Fälle von Perityphlitis ein Recidiv auftritt. Sonnenburg giebt an, dass in 80 von ihm operierten Fällen es sich 20 mal bestimmt um ein Recidiv han-

delte. Fitz berechnet die Zahl der Recidive von 11 : 100. Bei meiner Zusammenstellung von 371 Fällen von Perityphlitis handelt es sich in 131 Fällen um ein Recidiv. Nach Toft hat jeder dritte Mensch einen kranken processus vermiformis. Eichhorst berichtet über einen Patienten, der in $1^1/_2$ Jahren fünf Rückfälle durchmachte.

So sehen wir, wie ein kleines und unscheinbares Organ seinem Besitzer zeitlebens ein Gegenstand grosser Sorge sein kann. Was Wunder, wenn man auf den Gedanken kam, dies heimtückische Organ aus dem Körper zu entfernen. Und vielfach wurden in neuerer Zeit Stimmen laut, die, um schon die Eiterbildung und Gefahren der Recidive hintanzuhalten, für eine frühzeitige Operation mit voller Energie eintreten. Lennander ist hinwiederum der Ansicht, dass man in Fällen, wo der Patient sich nach einem schweren perityphlitischen Anfall wieder vollkommen gesund fühlt, dann jedoch nach längerer Zeit wieder ein oder mehrere schwere Recidive folgen, kaum berechtigt sein dürfte während der anfallsfreien Zeit die Operation bez. Amputation des processus vermiformis vorzuschlagen, ausführen dürfte man sie nur, wenn anders der Patient fest darauf besteht. Anders verhält es sich, wenn es sich um chronische Appendicitis handelt. Gar mannigfache Ursachen sind es, die solche Recidive verursachen können: von der einfachen katarrhalischen Appendicitis angefangen bis zur Perforation mit Abscessbildung. Die Beschwerden wegen deren die Patienten den Arzt aufsuchen sind sehr verschieden, bald sind sie niemals vollkommen schmerzfrei, bald treten die Schmerzen nur zeitweise heftiger auf, bald bestehen die Klagen nur in Kolikschmerzen, trägem Stuhlgang, Mattigkeit, schlechtem Appetit, bei Frauen in Störungen in der

Menstruation. Bisweilen haben die Patienten unter diesen ebengenannten Beschwerden ganz entsetzlich zu leiden, denn abgesehen von den körperlichen Leiden, sind sie auch psychisch sehr verstimmt; ihr Sinnen und Trachten ist beständig auf eventuelle Recidive gerichtet, sie denken bei jeder leichten Stuhlverstopfung gleich an dieselben und besonders bei der arbeitenden Klasse macht sich dieser hypochondrische Zustand recht bemerklich. Die Patienten verlieren die Lust zu jeder ernstlichen Arbeit und stehen, wenn sie auf dieselbe angewiesen vor ihrem finanziellen Ruin.

Hier die Patienten auf die Operation, natürlich mit Bezugnahme auf die immer mit einer Laparatomie verbundenen Gefahren aufmerksam zu machen, ist der Arzt nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet. Doch ist auch hier eine mehrere Wochen vorher einzuleitende Massage-Behandlung, die Lennander und neuerdings bedeutende Spezialisten für Darmkrankheiten empfohlen haben, von nicht zu unterschätzendem Werte. Denn ganz abgesehen von der appetiterregenden und stuhlbefördernden Wirkung der Massage, giebt sie dem Arzte Gelegenheit sich genau über die anatomischen Verhältnisse im einzelnen Falle zu orientieren.

Die Operation ist in manchen Fällen sehr einfach, von dem typischen Schnitte aus, eröffnet man die Bauchhöhle, gelangt an das Coccum, das man Lösung nach geringer Adhäsionen samt dem daranhängenden processus vermiformis etwas vorzieht. Der Appendix wird abgebunden, der kurze Stumpf mit der Manschette gedeckt, am besten in den Blinddarm eingestülpt und durch Nähte versenkt.

Aber die Operation kann sich durch Verwachsungen und dadurch erschwertes Auffinden des Appendix bisweilen zu einer sehr schwierigen gestalten.

Da es mich zu weit führen würde und andererseits nicht in das Gebiet meiner Arbeit fällt, will ich die verschiedenen Operationen, wie sie Graser folgen lässt, nur dem Namen nach erwähnen:

1. Einfache Incision eines oberflächl. gelegenen Abscesses.
2. Zweizeitige Operation nach Sonnenburg.
3. Frühoperation.
4. Operation bei Durchbruch in die Bauchhöhle.
5. Operation wegen chronischer recidivierender Perityphlitis.

Bei einem so vielgestaltigen und durch so mannigfache Kompliktionen ausgezeichneten Krankheitsbilde, wie es die Perityphlitis darstellt, hielt es immer schwer eine Einigung entgegengesetzter Meinungen herbeizuführen. Auch die Statistik, die sonst in derartigen Fragen gerne zur Entscheidung angerufen wird, kann nur in beschränkter Weise eine solche liefern. Immerhin behält eine statistische Zusammenstellung über solche Fälle, bei denen die Diagnose durch Operation oder Sektion festgestellt ist, einen grossen Wert. Eine solche zu bieten, habe ich mir auf Anraten meines hochverehrten Lehrers Herrn Prof. Graser, dem ich an dieser Stelle sowohl für die Anregung zu dieser Arbeit, sowie für die liebenswürdige Unterstützung, die er mir jederzeit zu teil werden liess, meinen herzlichsten Dank ausspreche, zur Aufgabe gestellt.

Die Statistik soll über verschiedene in theoretisch wie praktischer Hinsicht wichtige Punkte einigen Anhalt bieten und werden in derselben folgende Fragen Berücksichtigung finden.

1. Alter des Patienten.
2. Erste Erkrankung oder Recidiv.
3. Tag der Operation seit Beginn der Krankheit.

4. Ob Wurmfortsatz gefunden, ob entfernt, ob perforiert.
5. Ob Kotsteine vorhanden.
6. Operation einzeitig oder zweizeitig.
7. Ob nach der Operation Recidive.
8. Komplikationen. Mehrfache Abscesse, subphrenischer Abscess etc.
9. Ausgang in Heilung oder Tod.
10. Lage des Appendix.
11. Stelle der Perforation.
12. Eiterung intra- oder extraperitoneal.
18. Recidiv bei nicht entferntem proc. verm.
14. Sektionsbefunde.

Statistische Übersicht

über

371 operativ behandelte Fälle.

Fortlaufende No.	Autor	Alter	Erste Erkrankung oder	Recidiv	Tag der Operation seit Beginn der Krankheit	Wurmfortsatz gefunden	Wurmfortsatz entfernt	Wurmfortsatz perforiert?	Kotsteine?	Operation einzeitig	Operation zweizeitig	Nach der Operatio Recidive
1	Erlg. chirurg. Klinik Prof. Graser	18	ja		4 d.	ja	ja	ja	1	ja		
2	„	9	ja		3 d.					ja		
3	„	13	ja		8 d.	nein				ja		
4	„	21	ja		9 d.	nein	nein			ja		
5	„	6	ja		7 d.	ja	ja	ja	1	ja		
6	„	4	ja		6 d.	ja	ja	ja	1	ja		
7	„	14	ja		20 d.					ja		
8	„	12		ja	7 d.			ja	1	ja		
9	„	17		ja	5 d.	ja	ja	ja	1	ja		
10	„	16	ja		8 d.					ja		

Komplikationen. Abscess. Mehrfache Abscesse. Subphrenischer Abscess.	Ausgang: Heilung	Ausgang: Tod	Bemerkungen. Lage des processus vermiformis. Stelle der Perforation. Recidiv bei nicht entferntem processus vermiformis. Eiterung intra- oder extraperitoneal. Sektionsbefund.
Keine Komplikation.	$1^1/_4$ Monat		300 ccm übelriechender, dünner Eiter. Lage vom Wurmfortsatz normal.
	ja $1^1/_2$ M.		Grosse Menge übelriechender dünner Eiter im kl. Becken.
	2 M.		150 ccm dünnflüssige Jauche. Höhle deutlich intraperitoneal.
Bildung einer Kotfistel durch Verschorfung der Darmwand	4 M.		Wenig übelriechender Eiter.
	ja		Reichliche intraperitoneale Eiterung.
Wurmfortsatz am unteren Ende 1 cm brandig.	$1^1/_4$ M.		200 ccm übelriechender Eiter.
	2 Wochen		Operation ohne Erfolg. Abscess bahnte sich rasch einen Weg nach dem Rektum.
Septhaemie.		10 d.	Sektion: In der Niere Streptococcenembolien. Etwa faustgrosser Eiterherd; in den anliegenden Darmschlingen proc. verm. fest verklebt, im unteren Teile völlig brandig, nahe der Ursprungsstelle erbsengrosse Perforation.
Allgemeine Sepsis.		7 d.	Eiterherd im kleinen Becken. Proc. verm. 7 cm lang, $1^1/_2$ dick, blaurot verfärbt, mit schmierigen Eitermassen belegt. Nieren zeigen trübe Schwellung.
Darmfistel. Oedem beider Füsse.		$3^1/_2$ d.	Sektion: 2 ziemlich grosse Eiterherde, einer nach dem kl. Becken hin und ein anderer in der Richtung nach dem rechten Leberlappen. Letzterer reicht bis zum Zwerchfell, welches er an einer kleinen Stelle durchbrochen hatte. Infiltrat im R. U. Lungenlappen.

Fortlaufende No.	Autor	Alter	Erste Erkrankung oder Recidiv		Tag der Operation seit Beginn der Krankheit	Wurmfortsatz gefunden	Wurmfortsatz entfernt	Wurmfortsatz perforiert?	Kotsteine?	Operation einzeitig	Operation zweizeitig	Nach der Operation Recidive?
11	Prof. Graser	15	ja		8 u. 11 d.			ja		ja		
12	„	9	ja		22 h nach der Perforation	ja	ja	ja		ja		
13	„	41		ja	11 d.	nein	nein		Einige ganz kleine	ja		
14	„	33		ja	10 d.				„	ja		
15	„	22	ja		mehrere Monate	nein	nein			ja		
16	„	37	ja		1. 5 W. 2. 10 M. 3. $2^1/_4$ M.				taubenei-grosser Kotstein	ja		
17	„	18		ja	4 d.	ja	ja		ja	ja		
18	„	34		ja	$2^1/_2$ M.	ja	ja		ja (1)	ja		
19	„	37		ja	3 d.	ja				ja		
20	„	42		ja	11 d.	ja				ja		
21	„	24		ja	16 d.					ja		
22	„	60	ja		7 d.	ja	ja			ja		

Komplikationen. Abscess. Mehrfache Abscesse. Subphrenischer Abscess.	Ausgang		Bemerkungen. Lage des processus vermiformis. Stelle der Perforation. Recidiv bei nicht entferntem processus vermiformis. Eiterung intra- oder extraperitoneal. Sektionsbefund.
	Heilung	Tod	
)iffuse Peritonitis.		11 d.	Sektion: Grosser abgesackter Abscess mit jauchigem Inhalt, vom kl. Becken bis zur Nabelgegend heraufragend, am Mesenterium wallnussgrosser Abscess. Im linken Hypochondrium grosser Eiterherd. Spitze des proc. verm. geschwürig zerfallen, ragt in einen jauchigen wallnussgrossen Abscess herein, oberhalb dieses Abscesses die Wand des Wurmfortsatzes perforiert. — Eitrige Bronchitis. Lobuläre pneumonische Herde. Nieren zeigen trübe Schwellung.
)iffuse Peritonitis.	ja		Reichliche stinkende Jauche.
	3 W.		Faustgrosse Abscesshöhle. Wurmfortsatz nicht freiliegend.
	1 M.		Eiterung grösstenteils extraperitoneal. Reichlich Eiter.
	8 M.		Abscesshöhle extraperitoneal, viel Eiter. Abgesacktes eitriges Exsudat.
iterung dauert 14 Monate.	$1^1/_4$ J.		Kolossaler Abscess in der Lumbalgegend. Retroperitonealer fruchtgrosser Abscess.
usgedehnte Netzverwachsungen.	14 d.		
	$3^1/_2$ M.		
iffuse Peritonitis.		4 d.	
	23 Tag		
eistenhernie rechtsseitig. Tuberkulose.	2 M.		Wegen elenden Zustandes Eiter nur mit Canüle abgelassen.
eistenhernie rechtsseitig.	2 M.		P. stirbt 2 Monate später an Pyonephrose.

Fortlaufende No.	Autor	Alter	Erste Erkrankung oder	Recidiv	Tag der Operation seit Beginn der Krankheit	Wurmfortsatz gefunden	Wurmfortsatz entfernt	Wurmfortsatz perforiert?	Kotsteine?	Operation einzeitig	Operation zweizeitig	Nach der Operation Recidive?
23	Dr. Scheiding Dr. Walther	26		ja	12 d.				ja	ja		
24	Dr. W. Walther	27	ja		8 d.				ja	ja		
25	„	22	ja		16 d.					ja		
26	Bezirksarzt Dr. Hess	42	ja		28 d.			?		ja		
27	„	27	ja		4 d.	ja		nein		ja		
28	„	21		ja	13 d.			?		ja		
29	Dr. Schuchardt	32	ja		3 W.	nein	nein	nein	nein	ja		ja
30	„	22	ja		5 d.	nein	nein	nein	nein	ja		
31	„	21	ja		5 d.	nein	nein	nein	nein	ja		
32	Dr. Roux	9	ja		16 d.	nein	nein	nein	nein	ja		

Komplikationen. Abscess. Mehrfache Abscesse. Subphrenischer Abscess.	Ausgang		Bemerkungen. Lage des processus vermiformis. Stelle der Perforation. Recidiv bei nicht entferntem processus vermiformis. Eiterung intra- oder extraperitoneal. Sektionsbefund.
	Heilung	Tod	
Pyämie.		6 Tag	Eröffnung des subperitonealen Abscesses. Übelriechender Eiter ergiesst sich im Strahl.
		12 Tag	
	16 Tag		
	ja		Eiter äusserst putrid, zum Teil dünnflüssig, extraperitoneal.
5 Pfennigstück grosse gangränöse Stelle am Übergang des unteren Endes des Coecum in die äussere Fläche.	ja		Proc. verm. ca. 5 cm lang, gleichmässig dick, geschlingelt gegen das Ileum hingelagert, nicht verklebt, ohne fühlbaren Inhalt. Eiterung extraperitoneal.
Darmperforation.	ja		Eiterung extraperitoneal. Coecum mit proc. verm. war in eine dicke Exsudatschwarte gehüllt, welche auch die benachbarten Dünndarmschlingen verklebt, weshalb eine Zerreissung dieser Verklebung und Aufsuchen des Appendix bei der ohnedies schwachen Patientin nicht erlaubt schien.
Oedem beider Unterschenkel. Icterus.		$^1/_2$ J.	Grosse Menge stinkenden Eiters. Sektion: Wurmfortsatz an der Spitze narbig verengt, stark verwachsen. Hämorrhagischer Ascites. Massenhafte Krebsknoten in der Leber.
	ja		Extraperitoneale Eiterung. Phlegmonöser Prozess im retroperitonealen Bindegewebe. Wenig Eiter, dick, sehr übelriechend. Mächtiger Bindegewebssequester ausgestossen.
Infiltration bis in die Gegend des rechten Parametrium.	ja		2 Esslöffel dicker geruchloser Eiter. Einfacher Abscess.
Eingekapselter Abscess von zusammengeklebten Darmschlingen umgeben.	ja		Viel Eiter und Kotmassen.

Fortlaufende No.	Autor	Alter	Erste Erkrankung oder	Recidiv	Tag der Operation seit Beginn der Krankheit	Wurmfortsatz		Wurmfortsatz perforiert?	Kotsteine?	Operation		Nach der Operation Recidive
						gefunden	entfernt			einzeitig	zweizeitig	
33	Dr. Roux	47	ja		11 d.	ja			mehrere kleine Kotsteine		ja	
34	„	11	ja		12 d.	nein	nein	nein	nein	ja		
35	„	22	ja		10 d.	ja	ja	ja		ja		
36	„	22	ja		12 d.	ja	ja	ja	nein	ja		
37	„	28	ja		11 d.	ja	ja	ja	nein	ja		
38	„	14		ja	6 d.	ja	ja		2 linsengrosse weiche Kotsteine	ja		
39	„	26	ja		11 d.	ja	ja	ja	1 cylindr. Kotstein	ja		
40	„	8	ja		6 d.	ja	ja	ja	1 olivenförmig	ja		
41	„	13	ja		6 d.	ja	ja	ja	1	ja		
42	„	60		ja	9 d.	nein	nein	nein	nein	ja		
43	„	70	ja		20 d.	nein	nein	nein	nein	ja		
44	„	36		ja	$3^1/_2$ M.	nein	nein	nein	nein	ja		
45	„	33		ja	1 M.	ja	ja	ja	nein	ja		

Komplikationen. Abscess. Mehrfache Abscesse. Subphrenischer Abscess.	Ausgang		Bemerkungen. Lage des processus vermiformis. Stelle der Perforation. Recidiv bei nicht entferntem processus vermiformis. Eiterung intra- oder extraperitoneal. Sektionsbefund.
	Heilung	Tod	
Abscess. Erysipel.	ja 3 M.		Viel stinkender Eiter und Kotmassen. Proc. verm. nach hinten mit dem Coecum verklebt.
Abscess retrocoecal.	ja		Stinkender Eiter. Coecum infiltriert.
2 getrennte Abscesse.	ja		Eiter und necrotische Fetzen des proc. verm.
2 Abscesse. Intensives umschriebenes Oedem unter dem M. obliquus extern.	ja		Eiter. Gangrän des Appendix.
Abcès à deux loges.	$2^1/_4$ M.		Eiter. Kotmassen.
Abscess.	ja		Eiter 2 Esslöffel. Proc. verm. in der Mitte des Abscesses.
Purulente Infiltration des M. transversus.	ja		Eiter.
Infiltration auf der fascia transversa, welche mit Coecum verwachsen ist.		5 h.	Eiter.
Bindegewebe unter der fascia transversa deutlich infiltriert; dahinter Abscess.	ja		Eiter.
Abscess. Jodoformintoxikation. Cystitis. Cholelithiasis. Kotfistel.	ja		Viel Eiter. Trübes Serum.
Kotfistel. Abscess enthält Gase von charakterist. Geruch.	ja		Eiter und Jauche.
	ja		Drainage der Höhle. Sehr viel Eiter.
Coecum mit der Bauchwand verklebt.	ja		Proc. vermiformis senkt sich ins kleine Becken.

Fortlrufende No.	Autor	Alter	Erste Erkrankung oder Recidiv	Tag der Operation seit Reginn der Krankheit	Wurmfortsatz gefunden	Wurmfortsatz entfernt	Wurmfortsatz perforiert?	Kotsteine?	Operation einzeitig	Operation zweizeitig	Nach der Operatio Recidive
46	Dr. Roux	16	ja	1 M.	ja	ja	ja		ja		
47	„	32	ja	Monate	ja	ja			ja		
48	„	19	ja	4 d.	ja				ja		
49	„	23	ja	10 d.	ja				ja		
50	Dr. Kümmel	42	ja	Jahre	ja	ja	ja		ja		
51	„	40	ja	Jahre	ja	ja	ja		ja		
52	„	24	ja	2 M.	ja	ja	ja		ja		

Komplikationen. Abscess. Mehrfache Abscesse. Subphrenischer Abscess.	Ausgang: Heilung	Ausgang: Tod	Bemerkungen. Lage des processus vermiformis. Stelle der Perforation. Recidiv bei nicht entferntem processus vermiformis. Eiterung intra- oder extraperitoneal. Sektionsbefund.
bscess ausserhalb des Coecum.	ja 1 M.		Vor 4 Jahren Abscess im Trigonum Petiti eröffnet, dessen Narbe sich bei der neuen Erkrankung zeitweise vorwölbte. Flüssiger grünlicher Eiter. In der Tiefe des Abscesses das Ende des proc. verm.
n der Basis des Mesenteriums ein Paket verkäster Drüsen, das sich gegen den proc. verm. fortsetzt. Tuberkulose der Lunge u. des Darmes.		1 M.	Proc. verm. nach hinten zurückgeschlagen und in ein kl. Drüsenpaket eingeschlagen. Tuberculöse Geschwüre im Coecum. Kotfistel.
erforation des Coecum. Abscess hängt durch weite Öffnung mit der Bauchhöhle zusammen.		3 d.	Proc. verm. intakt. Hinter demselben stinkender Abscess. Allgemeine Peritonitis.
enachbarte Darmschlingen verklebt. Peritonitis fibrinosa.	ja		Etwas trübe fibrinhaltige Flüssigkeit. Der untere Teil des Coecum sehr hyperämisch, infiltriert, seines Epithels beraubt und mit fibrinösen Membranen überzogen.
triktur in der Höhe der Perforation.	ja 4 W.		Proc. verm. 6 cm lang stark verdickt in allen Schichten seiner Muskularis, die Schleimhaut stark gewulstet, blutrot injiziert. In seiner Mitte perforiert. Peripher davon sackförmige Erweiterung mit übelriechendem Sekret. An der Spitze ebenfalls perforiert.
triktur des Coecum. Kotfistel.	ja		Proc. verm. stark verdickt, an 3 Stellen perforiert. Resektion des Coecum, 9 cm grosses Stück. Proc. verm. hatte das Coecum verschlungen und war mit demselben zu einer dicken, derben Masse verlötet.
erbe Adhäsion von Darm und Netz. Bildung eines Exsudates während der Heilung, das sich bald resorbiert.	ja		Bei Lösung des proc. verm., der in Schwarten eingebettet ist, reisst derselbe am Coecum ab. Derselbe ist in allen Schichten verdickt, mit Sekret gefüllt. Peripherwärts derbe Striktur.

Fortlaufende No.	Autor	Alter	Erste Erkrankung oder	Recidiv	Tag der Operation seit Beginn der Krankheit	Wurmfortsatz gefunden	Wurmfortsatz entfernt	Wurmfortsatz perforiert	Kotsteine	Operation einzeitig	Operation zweizeitig	Nach der Operation Recidive
53	Dr. Kümmel	20		ja	7 M.	ja	ja	ja linsengross		ja		
54	„	38		ja	15 M.	ja	ja	nein		ja		
55	„	35		ja 15 Anfälle innerhalb 4 Jahre	In freier Zwischenzeit	ja	ja	ja	ja erbsengross	ja		
56	„	34		ja	3 J.	ja	ja	ja		ja		
57	„	36		ja 20 Anfälle	In freier Zwischenzeit	ja	ja	ja	ja	ja		
58	„	23		ja	„	ja	ja			ja		
59	„	32		ja		ja	ja	ja		ja		
60	„	25		ja		ja	ja	ja	ja erbsengross	ja		
61	„	29		ja		ja	ja	ja	ja	ja		

Komplikationen. Abscess. Mehrfache Abscesse. Subphrenischer Abscess.	Ausgang		Bemerkungen. Lage des processus vermiformis. Stelle der Perforation. Recidiv bei nicht entferntem processus vermiformis. Eiterung intra- oder extraperitoneal. Sektionsbefund.
	Heilung	Tod	
Kotfistel. Typhus.	ja		Proc. verm. fest mit dem Coecum verlötet. Perforation vor der Übergangsstelle in den Blinddarm.
	ja		6 cm langer proc. verm. in allen Schichten verdickt, stark aufgelockerte Schleimhaut. Striktur in der Mitte.
	ja 4 W.		Proc. verm. 15 cm lang in allen Schichten verdickt. Zwischen unterem und mittleren Drittel derbe undurchgängige Striktur.
	ja		Proc. verm. in allen Schichten verdickt, Perforation nicht verlötet. In der Mitte derbe Striktur. Erweiterung des Lumens unterhalb derselben.
An Cholera später gestorben.	ja		Proc. verm. $6^1/_2$ cm lang verdickt; in der Mitte Striktur. Unterhalb der Striktur in 2 cm Länge ausgedehnte Ampulle.
	ja		Wurmfortsatz verdickt in allen Schichten, kurze Striktur in der Mitte, periphere Erweiterung mit schmierigem übelriechendem Inhalt erfüllt.
Starke Verwachsungen von Darmschlingen untereinander u. Netz. Kotfistel.			Proc. verm. fest eingebettet, hochgradig verdickt. Striktur und Perforation an der Übergangsstelle ins Coecum.
Abscesshöhlen von Wallnussgrösse eröffnet und ausgeschabt.	ja		Proc. verm. stark verwachsen. Chronische Entzündung aller Schichten; Striktur, Perforation (in die Abscesshöhlen mündend) im unteren Drittel.
Ausgedehnte, schwer zu trennende Verwachsungen der Darmschlingen untereinander und mit Peritoneum.	ja		Proc. verm. in allen Schichten verdickt, fest verwachsen mit der Umgebung. Etwa in der Mitte Striktur, Perforation.

Fortlaufende No.	Autor	Alter	Erste Erkrankung oder Recidiv	Tag der Operation seit Beginn der Krankheit	Wurmfortsatz gefunden	Wurmfortsatz entfernt	Wurmfortsatz perforiert	Kotsteine	Operation einzeitig	Operation zweizeitig	Nach der Operation Recidiv
62	Dr. Kümmel	19	ja	8 M.	ja	ja	nein	nein	ja		
63	„	?	ja		ja	ja	ja	nein	ja		
64	„	36	ja		ja	ja	nein		ja		
65	„	33	ja 17 Anfälle		ja	ja			ja		
66	„	19	ja		ja	ja			ja		
67	„	33	ja		ja	ja			ja		
68	„	13	ja		ja	ja			ja		
69	„	21	ja		ja	ja	ja		ja		
70	„	44	ja		ja	ja	ja	ja	ja		
71	„	26	ja		ja	ja	nein	nein	ja		

Komplikationen. Abscess. Mehrfache Abscesse. Subphrenischer Abscess.	Ausgang		Bemerkungen. Lage des processus vermiformis. Stelle der Perforation. Recidiv bei nicht entferntem processus vermiformis. Eiterung intra- oder extraperitoneal. Sektionsbefund.
	Heilung	Tod	
	ja		Proc. verm. hart, verdickt, Schleimhaut aufgelockert, im Stadium chronischer Entzündung.
Derbe feste Verwachsungen.	ja		Proc. verm. völlig in Schwarten eingebettet, in toto verdickt; Striktur.
Ausgedehnte derbe Adhäsionen.	ja		Proc. verm. in Schwarten eingebettet, mühsam mit Zerstörung der Serosa gelöst.
	ja		Proc. verm. in allen Schichten verdickt, Schleimhaut aufgelockert, an einer Stelle leichte Verengerung.
	ja		Proc. verm. sehr lang, wenig adhärent, chronische Entzündung, in allen Schichten verdickt, Schleimhaut stark aufgelockert.
Coecum an der Darmbeinschaufel fest adhärent. Abscess.	ja		Proc. verm. mässig verwachsen, besonders in seinen peripheren Teilen. Verdickung aller Schichten. Striktur.
			Wurmfortsatz 5 cm, mässig verwachsen. Verdickung aller Schichten. Striktur in der Mitte; peripher davon ampullenartige Erweiterung mit übelriechendem Inhalt.
Hochgradiger Meteorismus.	ja		Proc. verm. in allen Schichten chronisch entzündet, Striktur und Perforation in der Mitte. Inhalt übelriechendes Sekret.
	ja		Wurmfortsatz in Schwarten eingebettet, halbkreisförmig zusammengezogen. Schon an der Spitze Perforation, die sich bis ins Coecum erstreckt. Chronische Entzündung, Striktur mit Kotstein und Geschwür.
Leichte Adhäsionen.	ja		Chronische Entzündung des proc. verm. Geschwür nicht perforierend, Striktur.

Fortlaufende No.	Autor	Alter	Erste Erkrankung oder	Recidiv	Tag der Operation seit Beginn der Krankheit	Wurmfortsatz		Wurmfortsatz perforiert	Kotsteine	Operation		Nach der Operation Recidive
						gefunden	entfernt			einzeitig	zweizeitig	
72	Dr. Kümmel	12		ja		ja	ja	nein	nein	ja		
73	Dr. Schede	30		ja	$6^1/_2$ M. in anfallsfreier Zeit	ja	ja	nein	ja	ja		
74	„	29		ja	mehrere Monate	ja	ja	nein	nein	ja		
75	„	24		ja		ja	ja	nein	nein	ja		
76	„	10		ja	3 M.	ja	ja			ja		
77	„	32	ja		$3^1/_2$ M.	ja	ja	nein	ja (3)	ja		
78	„	12	ja		$1^3/_4$ M.	ja	ja	ja	nein	ja		
79	„	26		ja	3 d.	ja	ja			ja		

Komplikationen. Abscess. Mehrfache Abscesse. Subphrenischer Abscess.	Ausgang: Heilung	Ausgang: Tod	Bemerkungen. Lage des processus vermiformis. Stelle der Perforation. Recidiv bei nicht entferntem processus vermiformis. Eiterung intra- oder extraperitoneal. Sektionsbefund.
Mässige Adhäsionen.	ja		Proc. verm. kurz, hochgradig verdickt. Chronische Entzündung.
	ja 3 W.		Proc. verm. von Dicke und Länge eines starken kleinen Fingers. Etwa 1 cm vom Ende kleine Einschnürung, Schleimhaut gewulstet, verdickt, blutreich.
Coecum mit der Bauchwand leicht verwachsen.	ja 1 M.		Proc. verm. verdickt, aber leer, mit seiner Spitze der Gegend des inneren Leistenringes adhärent. Hier zeigt sich bei der Lösung ein eingedickter Eiterherd.
	ja 1 M.		Proc. verm. hart, geschwollen, sehr verändert, nirgends adhärent, 7 cm. lang, Wandungen verdickt.
Mehrere Abscesse. Während Heilungsverlaufes kl. Abscess in der Gegend einer früheren Fistel.	ja $1^1/_2$ M.		Proc. verm. stark verdickt, fingerlang. In seiner Umgebung reichlich eingedickter Eiter. In einem dieser Eiterherde eine Fischgräte.
Bauchdecken infiltriert, in fibröses Gewebe umgewandelt. Eine Menge kl. Abscesse mit eingedicktem, ockergelben Eiter eröffnet.	ja $1^3/_4$ M.		Proc. verm. in einem Knäuel fest verwachsener Darmschlingen gelegen, verdickt.
Ziemlich beträchtliche Verwachsungen zwischen Coecum, Bauchwand u. Dünndarmschlingen.	ja $1^1/_4$ M.		Proc. verm. stark verdickt, mit seiner Spitze auf das Coecum zurückgeschlagen. Hier ein Herd eingedickten orangegelben Exsudates. Proc. verm. an der Spitze perforiert und ins Coecum durchgebrochen.
Aus dem kl. Becken entleert sich reichlicher dünner Kot. Septische Peritonitis.		1 d.	Proc. verm. nach aussen vom Coecum gelagert, an seiner oberen Wand necrotisch. Sektion ergibt in den hinteren und oberen Abschnitten der Bauchhöhle grosse Menge kothiger, sehr übelriechender Flüssigkeit; Schwellung von Leber und Milz.

Fortlrufende No.	Autor	Alter	Erste Erkrankung oder Recidiv	Tag der Operation seit Reginn der Krankheit	Wurmfortsatz gefunden	Wurmfortsatz entfernt	Wurmfortsatz perforiert	Kotsteine	Operation einzeitig	Operation zweizeitig	Nach der Operation Recidive
80	Dr. Schede	41	ja	8 d.	ja	ja	ja		ja		
81	„	60	ja	7 d.	ja	ja	ja	ja (1)	ja		
82	„	26	ja	10 d.	ja	ja	ja	ja kirschkerngross	ja		
83	„	38	ja	Monate	ja		ja		ja		
84	„	28	ja	Jahre	ja	nein	nein	nein	ja		
85	„	45	ja	Jahre	ja	nein	nein	nein	ja		

Komplikationen. Abscess. Mehrfache Abscesse. Subphrenischer Abscess.	Ausgang		Bemerkungen. Lage des processus vermiformis. Stelle der Perforation. Recidiv bei nicht entferntem processus vermiformis. Eiterung intra- oder extraperitoneal. Sektionsbefund.
	Heilung	Tod	
Im kleinen Becken grosse Mengen flüssigen eiterähnlichen Exsudates. Allgemeine Peritonitis.		1 d.	Proc. verm. fast in ganzer Ausdehnung brandig und perforiert. Sektion: Allg. Peritonitis.
Doppelter Bruchsack. Im ersten liegt nur fest adhärentes Netz. Dahinter durch ein Septum geschieden, enthält ein zweiter Bruchsack ausschliesslich den perforierten proc. verm.	ja $1^3/_4$ M.		Proc. verm. im Bruchsack. Pat. leidet seit längerer Zeit an rechtsseitiger Leistenhernie.
Dünndarmschlingen stark gebläht, leicht miteinander verklebt. Marasmus.		2 Std.	Aus der Gegend des proc. verm. entleert sich eine Masse höchst übelriechenden Eiters und ergiesst sich ins kleine Becken.
In der Ileo-Coecal-Gegend ein Convolut eng mit einander, dem Coecum und mit der Blase verwachsenen Darmschlingen. Überall zwischen den Schlingen linsen- bis bohnengrosse Herde von fast trockenen, gelblichen, eingedickten Exsudatmassen. Allgemeine Peritonitis.		2 Tag	Proc. verm. hypertrophisch, zeigefingerdick mit einer kleinen Perforationsstelle an der Spitze. Enthält nur etwas hellen Schleim.
Verwachsungen des Coecum und Colon ascendens mit den Bauchdecken und den angrenzenden Darmschlingen, Pseudomembranen u. neugebildeten Strängen, welche über das Coecum und Colon laufen.	ja 2 M.		Proc. verm. dem Coecum eng anliegend, mit ihm verwachsen und nicht geschwollen.
Coecum in Pseudomembranen eingehüllt.	ja		Proc. verm. in Pseudomembranen eingehüllt, dem Coecum glatt angedrückt.

Fortlaufende No.	Autor	Alter	Erste Erkrankung oder Recidiv	Tag der Operation seit Beginn der Krankheit	Wurmfortsatz gefunden	Wurmfortsatz entfernt	Wurmfortsatz perforiert	Kotsteine	Operation einzeitig	Operation zweizeitig	Nach der Operation Recidive
86	Dr. Schede	24	ja	Jahre	ja	ja	nein	nein	ja		ja
87	„	62	ja	15 Tag	ja	ja	ja		ja		
88	„	65	ja	6 W.	ja	ja	ja 2 mal		ja		
89	„	40	ja	5 M.	ja	ja	nein	nein	ja		
90	„	48	ja	6 M.	nein	nein			ja		
91	Dr. Robitzsch	18	ja	4 (?)	ja	ja		ja (1)	ja		

Komplikationen. Abscess. Mehrfache Abscesse. Subphrenischer Abscess.	Ausgang		Bemerkungen. Lage des processus vermiformis. Stelle der Perforation. Recidiv bei nicht entferntem processus vermiformis. Eiterung intra- oder extraperitoneal. Sektionsbefund.
	Heilung	Tod	
Tumor des Coecum, welches ganz reseciert wird mit samt der Klappe und einem Teil des colon ascendens, im ganzen 17 cm Darm.	ja		Nach 2 Jahren stellen sich die alten Beschwerden ein, eine vorgenommene Laparatomie zeigte Verlötungen der Darmschlingen in der Operationsgegend unter einander und mit der Bauchwand, nach deren Beseitigung vollkommene Heilung.
Zahlreiche Verwachsungen mit dem peritoneum parietale. Tumor gebildet durch ein Conglomerat fest mit einander und dem proc. verm. verwachsener Appendices epiploicae.	ja 20 Tag		Proc. verm. $5^1/_2$ cm lang, an seinem Ende perforiert, kolbig verdickt und fluktuierend. Coecum samt Appendix entfernt.
Coecum mit einem Convolut von Dünndarmschlingen fest verwachsen.	ja $1^1/_4$ M.		Proc. verm. dem Coecum fest anliegend, zeigt zwei für eine Sonde gut durchgängige Perforationsstellen in das Lumen des Coecum, eine an der Basis, eine an der Spitze. Proc. verm. zum Teil obliteriert.
Coecum von infiltrierten Lympfdrüsen umgeben. Coecum quer reseciert. Narbenstriktur der Klappengegend. Enteritis polyposa.	ja 1 M.		Proc. verm. ist verdickt, sein peripheres Drittel verödet, der Rest ausgefüllt von 2 Apfelsinenkernen.
Coecum und Colon ascendens durch feste Schwielen an ihre Umgebung festgelötet.		ja	Retroperitonealer Jaucheabscess, ausgedehnt, aber sehr flach, welcher mit dem von der Weite fast eines Markstückes durchbrochenen Coecum in Communikation stand.
Flächenhafte Netzverwachsungen mit dem perit. parietale, Umschlagstelle des Peritoneum und der fascia iliaca.	ja		Proc. verm. hackenförmig zusammengezogen in derbes Gewebe eingebettet.

Fortlaufende No.	Autor	Alter	Erste Erkrankung oder	Recidiv	Tag der Operation seit Beginn der Krankheit	Wurmfortsatz gefunden	Wurmfortsatz entfernt	Wurmfortsatz perforiert	Kotsteine	Operation einzeitig	Operation zweizeitig	Nach der Operation Recidive
92	Dr. Robitzsch	34		ja (3)	?	ja	ja		ja birnförmig	ja		
93	„	37		ja (5)	3	ja	?			ja		
94	„	42		ja (2)	ca. 8 T.	ja	nein			ja		
95	„	60	ja		?	ja	ja		ja erbsengrosser	ja		
96	„	24	ja		?	nein	nein	nein	nein	ja (?)		
97	„	32		ja	8 Tag	ja	nein			ja		
98	„	17	ja		10 d.	ja	nein	nein	nein	ja		
99	„	31	ja		10 d.	ja	nein	nein	nein	ja		
100	Dr. Salzer	17	ja		Monate	ja	ja		ja	ja		

Komplikationen. Abscess. Mehrfache Abscesse. Subphrenischer Abscess.	Ausgang		Bemerkungen. Lage des processus vermiformis. Stelle der Perforation. Recidiv bei nicht entferntem processus vermiformis. Eiterung intra- oder extraperitoneal. Sektionsbefund.
	Heilung	Tod	
Apfelgrosser Bauchbruch.	ja		Proc. verm. mit dem Dünndarm durch mässige Adhäsionen verwachsen.
Diffuse Peritonitis.		ja	Proc. verm. nach hinten mit dem Coecum verwachsen, entzündl. Infiltration, am coecalen Ende Eiter.
Tiefer Abscess.	ja		Übelriechender Eiter.
Rechtsseitige Inguinalhernie. Pyonephrose.			Proc. verm. an seinem Ende knotig aufgetrieben, liegt im Bruchsack. Sektion: Pyonephrose.
Tuberkulöse Perityphlitis. Perityphlitis tritt als intercurrente Krankheit am 9. Tage in der Reconvalescenz nach einer Netzhernieotomie auf. Abscess.	ja		Dicker, übelriechender, rötlich gefärbter Eiter.
Muskulatur entzündlich infiltriert. Abscess.	4 Wochen		Stinkender Eiter. Proc. verm. in einer buchigen, hühereigrossen Höhle collabiert liegend.
Muskulatur entzündlich infiltriert, Abscess.	$5^1/_2$ W.		150 gr. dicker, nicht riechender Eiter. Proc. verm. in der Tiefe des Abscesses in einer orangegrossen Höhle.
Apfelgrosse Abscesshöhle. Verlötung zwischen Abscess und perit. parietale.	1 M.		100 cbcm. dicker, nicht riechender Eiter. Proc. verm. geschrumpft, fest in die Hinterwand eingebettet.
Abscess eröffnet vor einem $^1/_2$ J. Fistula stercoralis. Dünndarm stark aufgetrieben. Stenose des Ileum an der Valvula Bauhini.	ja		Coecum von bedeutender Resistenz. Proc. verm. 3 cm lang, verdickt, sehr eng.

Fortlaufende No.	Autor	Alter	Erste Erkrankung oder	Recidiv	Tag der Operation seit Beginn der Krankheit	Wurmfortsatz		Wurmfortsatz perforiert	Kotsteine	Operation		Nach der Operation Recidive
						gefunden	entfernt			einzeitig	zweizeitig	
101	Dr. Dörfler	56		ja	14 d.	nein				ja		
102	„	48		ja	Wochen	nein			2 erbsengross	ja		
103	„	16	ja		9 d.	nein			2	ja		
104	„	18	ja		4 d.	ja	ja	ja	2	ja		
105	„	21	ja		10 d.	nein			1	ja		
106	Schlafke	22	ja		5 d.				nein	ja		ja
107	„	22		ja	3 d.				nein	ja		
108	„	29	ja		10 d.				ja	ja (1)		

Komplikationen. Abscess. Mehrfache Abscesse. Subphrenischer Abscess.	Ausgang		Bemerkungen. Lage des processus vermiformis. Stelle der Perforation. Recidiv bei nicht entferntem processus vermiformis. Eiterung intra- oder extraperitoneal. Sektionsbefund.
	Heilung	Tod	
In der Lendengegend deutliche Fluktuation.	ja 1 W.		Bei Incision in der Lumbalgegend entleert sich eine Unmasse übelriechenden Eiters. Gegenincision in der Ileocoecalgegend. Der hier in die Abscesshöhle eingeführte Finger lässt deutlich ein Convolut Darmschlingen als innere Abscesswand erkennen. Die Abscesshöhle liegt in der Ileocoecalgegend intraperitoneal, in der Lendengegend extraperitoneal.
Abscess. Eiterhöhle vom Poupontschen Bande bis in die Lendengend. Innere Abscesswand glatte Membran.	ja 2 M.		Unmasse übelriechender Eiter. Gegenöffnung in der Lendengegend.
Allseitig abgeschlossene Abscesshöhle, innere Abscesswand von verklebten Darmschlingen gebildet.	ja 2 M.		$^1/_4$ Liter übelriechender Eiter.
Rasche Entwickelung von allgemeiner Peritonitis am 3. Tage. Am 6. Tage nach der Operation langsame Entwickelung von Ileus.	ja ca. 2 M.		Proc. verm. ganz hypertrophisch und an seinem Ende perforiert in einen Netzklumpen eingebettet. Abscesshöhle gegen die Bauchwand eröffnet.
Abscess. Leberblutung durch septische Pfortaderthrombose. Septische Pylephlibitis.		ja	$^1/_4$ Liter sehr übelriechender Eiter. Abscesshöhle durch allseitig verklebte Darmschlingen gegen die Bauchhöhle abgeschlossen.
Nach einiger Zeit stossen sich aus der Wunde massenhafte Bindegewebsfetzen ab.	ja 4 M. 4 W.		Typische Operation.
Neuer Abscess.			
Rippenresection wegen Empyem.	3 M.		Contraincision in der Iliacalgegend und am hinteren Darmbeinrande.

Fortlaufende No.	Autor	Alter	Erste Erkrankung oder Recidiv	Tag der Operation seit Beginn der Krankheit	Wurmfortsatz gefunden	Wurmfortsatz entfernt	Wurmfortsatz perforiert	Kotsteine	Operation einzeitig	Operation zweizeitig	Nach der Operation Recidive
109	Schlafke	25	ja	6 d.				ja	ja		
110	„	42	ja	2 M.					ja (1)		
111	„	63	ja	5 Jahre					ja		
112	„	68	ja	15 d.					ja		
113	„	35	ja	21 d.					ja		
114	„	16	ja	5 d.				ja	ja		
115	„	19	ja	ca. 4 W.					ja		
116	„	66	ja	3 W.					ja		
117	„	22	ja	7 d.				ja	ja		
118	„	23	ja	8 d.					ja		
119	„	27	ja	einige Tage				ja	ja		
120	„	16	ja nach Operation		ja	ja			ja		
121	„	48	ja	2 M.					ja		
122	„	19	ja	2 d.				ja linsengross	ja		
123	„	24	ja	3 W.					ja		

Komplikationen. Abscess. Mehrfache Abscesse. Subphrenischer Abscess.	Ausgang		Bemerkungen. Lage des processus vermiformis. Stelle der Perforation. Recidiv bei nicht entferntem processus vermiformis. Eiterung intra- oder extraperitoneal. Sektionsbefund.
	Heilung	Tod	
	2 M.		
Abscess von der Blase und in der linken Bauchseite.	$1^1/_2$ M.		
Alter perityphl. Abscess mit kolossaler Schwielenbildung.	3 W.		Abscess von hinten eröffnet.
	4 W.		
	2 M.		Tod 5 Monate nach Beginn der Erkrankung an Leberkrebs.
			Mehrere Dilatationen des Schnittes nötig.
Wechselnde Infiltrate.	?		Contraincision vor der Blase.
Grosser Abscess bis zur Leber und ins kl. Becken reichend. Peritonitus diffusa.		1 d.	Erhebliche Collaps.
Diffuse Peritonitis.		7 d.	
Diffuse Peritonitis.		2 d.	Dislocierter Wurmfortsatz, dessen Spitze im kleinen Becken liegt.
Fistel. Gonorrhoe und Blasenkatarrh besteht gleichzeitig.	ja		Hüftgelenk in Contrakturstellung.
Pleuritis sicca sinistra.	2 M.		Proc. verm. liegt anscheinend frei in der Bauchhöhle. Recidiv bei nicht entferntem proc. verm.
Abscess in der r. Lumbalgegend.	3 W.		
Fistel.	$1^2/_3$ M.		
	2 M.		$^1/_2$ Liter nicht übelriechender Eiter. Hüftgelenk in Contrakturstellung.

Fortlaufende No.	Autor	Alter	Erste Erkrankung oder	Recidiv	Tag der Operation seit Beginn der Krankheit	Wurmfortsatz gefunden	Wurmfortsatz entfernt	Wurmfortsatz perforiert	Kotsteine	Operation einzeitig	Operation zweizeitig	Nach der Operation Recidive
124	Schlafke	16	ja		9 d.					ja		
125	„	15	ja		3 d.	ja				ja		
126	„	29		ja	4 d.	ja	ja			ja		
127	„	21		ja	14 d.					ja		
128	„	55	ja		4 W.					ja		
129	„	22	ja		6 W.	nein				ja		
130	„	16	ja		10 d.				ja bohnengross	ja		
131	„	33		ja	1 Jahr. Seit einigen Tagen akut.	ja	ja			ja		
132	„	18		ja	8 d.					ja		
133	„	56	ja		3 W.					ja		
134	„	23	ja		5 d.					ja		
135	„	22	ja		8 d.				ja (1)	ja		

Komplikationen. Abscess. Mehrfache Abscesse. Subphrenischer Abscess.	Ausgang		Bemerkungen. Lage des processus vermiformis. Stelle der Perforation. Recidiv bei nicht entferntem processus vermiformis. Eiterung intra- oder extraperitoneal. Sektionsbefund.
	Heilung	Tod	
	$2^1/_2$ M.		Bei Entlassung kl. Infiltrat in der rechten Darmbeingrube.
Oedematöse Muskulatur.	$1^1/_2$ M.		Stinkender Eiter.
	$2^1/_2$ M.		Proc. verm. stark verdickt, verkürzt, an der Spitze mit hinterer Bauchwand verwachsen.
Abgesackter Abscess.	$2^1/_2$ M.		
	1 M.		Starke Sekretion. Contraincision in der Lumbalgegend.
	$3^1/_2$ M.		Wundheilung durch Granulation.
Plötzliche Perforation eines neuen Abscesses in den Mastdarm.	$3^1/_2$ M.		
Geschwulst mit Bauchdecke, Netz, Coecum, Dünndarm und Uterus verwachsen.	$2^1/_2$ M.		Proc. verm. cystisch erweitert.
Abscesse.	3 M.		Kl. retroperitonealer Abscess.
Kolossaler Abscess in der fossa iliaca. Ileus.		2 d.	Sektion: Geschwüriger Zerfall des proc. verm. Peritonitis purul. diffusa.
Peritonitis diffusa.		4 d.	Sektion: Proc. verm. 7 cm lang, besitzt kein Mesenteriolum, so dass er in seiner ganzen Länge und bei gestrecktem Verlaufe ans Coecum fixiert ist. Dicht an seiner Einmündungsstelle in das Coecum findet sich eine Perforation in Gestalt eines völlig ringförmigen, $1^1/_2$ cm breiten Defektes mit scharfen Rändern.
Peritonitis diffusa.		2 d.	Sektion: Kotsteine im proc. verm. und oberhalb und unterhalb seines Sitzes Perforationsöffnungen.

Fortlaufende No.	Autor	Alter	Erste Erkrankung oder	Recidiv	Tag der Operation seit Beginn der Krankheit	Wurmfortsatz gefunden	Wurmfortsatz entfernt	Wurmfortsatz perforiert	Kotsteine	Operation einzeitig	Operation zweizeitig	Nach der Operation Recidive
136	Dr. Wiesinger	22	ja		2 d.	ja	nein	ja	nein	ja		
137	Dr. Sendler	7	ja		ca. 1 W.	ja	nein			ja		
138	„	43		ja	Einige Zeit	nein	nein			ja		
139	„	43		ja	2 Jahr später	ja	ja	ja	ja (2)	ja		
140	„	27			$6^1/_4$ M.	ja	ja		nein	ja		
141	Dr. Körte	16	ja		12 d.	nein				ja		
142	„	18	ja		11 d.	nein				ja		
143	„	31	ja		9 d.					ja		
144	„	17	ja		6 d.	nein				ja		
145	„	20	ja		9 d.	ja (?)	nein			ja		
146	„	60	ja		ca. 4 W.							

Komplikationen. Abscess. Mehrfache Abscesse. Subphrenischer Abscess.	Ausgang		Bemerkungen. Lage des processus vermiformis. Stelle der Perforation. Recidiv bei nicht entferntem processus vermiformis. Eiterung intra- oder extraperitoneal. Sektionsbefund.
	Heilung	Tod	
Darminvagination. Diffuse eitrige Peritonitis.	ja		Coecum nach rechts verlagert. — 2 Jahre später Perforation eines Abscesses in die Blase; Pat. ist sonst seither gesund geblieben.
Abscess, dessen Wände durch verklebte Darmschlingen gebildet sind.		20 W.	In der Lumbalgegend wegen des buchtigen in die Tiefe gehenden Abscesses Contraincision.
	ja		Trotz breiter Spaltung kein Abscess, der vermutet wurde, zu finden.
Coecum stark verwaschen.	ja ca. 3 W.		Proc. verm. kurz, hart, in die Höhe geschlagen, an seiner Spitze mit vorderer Bauchwand verwachsen. Recidiv bei nicht entferntem Proc. verm.
	2 W.		Proc. verm. stark verdickt und gequollen. Kein Abscess.
Allgemeine Peritonitis. Abscesse.		2 d.	Grosse Eiterungen. Sektion: Proc. verm. perforiert. 2 Eiterhöhlen trocken. Dritte zwischen Magen und Zwerchfell am Colon entlang nach abwärts nicht eröffnet.
$1^1/_2$ Monate später subphrenischer Abscess nach Resektion der 7. Rippe eröffnet. Pleurablätter verklebt.	ja (?)		Gegenöffnung in der linken Bauchseite.
Diffus eitrige Peritonitis.	ja		Reichlicher Eiter entleert sich zwischen den verklebten Darmschlingen.
Abscess.	$1^1/_2$ M.		
Abgekapselte Eiterhöhle.	1 M.		Reichlich stinkender Eiter.
Darmschlingen nach rechts verwachsen.	2 M.		Bräunlicher Eiter.

Fortlaufende No.	Autor	Alter	Erste Erkrankung oder Recidiv	Tag der Operation seit Beginn der Krankheit	Wurmfortsatz gefunden	Wurmfortsatz entfernt	Wurmfortsatz perforiert	Kotsteine	Operation einzeitig	Operation zweizeitig	Nach der Operation Recidive
147	Dr. Körte	39	ja	13 d.					ja		
148	„	50	ja	Monate					ja		
149	„	25	ja	„					ja		
150	„	29	ja	ca. 14 d.				ja	ja		
151	„	43	ja	4 d.					ja		
152	„	17	ja	10 d.					ja		
153	„	28	ja	3 W.					ja		
154	„	26	ja	Monate					ja		
155	„	31	ja	Wochen					ja		
156	„	25	ja	2 d.					ja		

Komplikationen. Abscess. Mehrfache Abscesse. Subphrenischer Abscess.	Ausgang		Bemerkungen. Lage des processus vermiformis. Stelle der Perforation. Recidiv bei nicht entferntem processus vermiformis. Eiterung intra- oder extraperitoneal. Sektionsbefund.
	Heilung	Tod	
In der rechten Unterbauchgegend grosse Eiterhöhle. Im Grunde des kleinen Becken 2. abgekapseltes Exsudat.	2 M.		Viel Eiter und Kotbröckel.
In der rechten Inguinalgegend besteht eine Fistel.	?		Entleerung von Kot und Eiter. Wahrscheinl. Perforation des Coecum durch Abscess-Geschwür.
Grosser perinephritischer Abscess, der nach oben bis unter die Zwerchfellkuppe reicht. 2 Abscesse.	?		1 Monat später Anschwellung der rechten Darmbeingrube und retrocoecaler Abscess mit stinkendem Eiter.
Abscessus subphrenicus. 3 Wochen später Eiterhöhle hinter dem Coecum freigelegt. 1 Monat später rechtsseit. Empyem.	2 M.		2mal Rippenresektion.
Subphrenischer Abscess.	ja		Resektion der 8. Rippe.
Retrocoecale Phlegmone. Seröse Pleuritis.	2 M.		Retroperitoneale Phlegmone. Eiterung geht durch das Zwerchfell hindurch in das retropleurale Gewebe über. Resektion der 8. und 9. Rippe.
Grosse Jauchenhöhle von der Coecalgegend bis zur Zwerchfellkuppe. Seröser Erguss in die rechte Pleurahöhle.	ja		Retroperitoneale Phlegmone.
Fistel.	ja		Retroperitonealer Abscess in der Darmbeingrube.
Abscess.	ja		Übelriechender Eiter.
Paratyphlitischer Abscess in der Darmbeingrube.	ja		Gelber, nicht fötider Eiter.

Fortlaufende No.	Autor	Alter	Erste Erkrankung oder	Recidiv	Tag der Operation seit Beginn der Krankheit	Wurmfortsatz		Wurmfortsatz perforiert	Kotsteine	Operation		Nach der Operation Recidive
						gefunden	entfernt			einzeitig	zweizeitig	
157	Dr. Körte	35	ja		17 d.	ja	ja	ja		ja		
158	Prof. Lennander	11	ja		39 h	ja	ja	ja	ja (1)	ja		
159	„	15	ja		40 h	ja	ja	ja	ja (2)	ja		
160	„	20		ja	ca. 2 d.	ja	ja			ja		
161	„	16		ja	48 h	ja	ja	ja		ja		
162	„	42	ja	ja	2 d.	ja	ja			ja		
163	„	24			60 h	ja	ja		ja (2)	ja		

Komplikationen. Abscess. Mehrfache Abscesse. Subphrenischer Abscess.	Ausgang		Bemerkungen. Lage des processus vermiformis. Stelle der Perforation. Recidiv bei nicht entferntem processus vermiformis. Eiterung intra- oder extraperitoneal. Sektionsbefund.
	Heilung	Tod	
	ja		Proc. verm. fingerstark nach aufwärts und auswärts durch Adhäsionen am Coecum befestigt, zeigt zwei sondenknopfstarke geschwürige Perforationen, welche in die Adhäsionen hineinführten. Ca. ein Löffel voll Eiter. Empyem des proc. verm.
Volvulus des Dünndarms. 2. Operation. Fibrinopurulente Peritonitis.		ja	Gangränöse Appendicitis mit Perforation. Periappendiculärer Abscess auf der Aussenseite des Colon ascendens.
	$1^1/_4$ M.		Gangrän. Appendicitis. Intraperitonealer Abscess vorn, an der äusseren Seite und hinter dem Coecum dicker, schmutziggrauer, fäcal stinkender Eiter. Proc. verm. hinter dem Coecum mit der Spitze nach oben und Perforation an der Spitze.
Akute Peritonitis ohne Exsudat in der rechten fossa iliaca. Netzadhärenzen.	ca. 3 M.		Proc. verm. daumendick mit dem Netz adhärent. 3 Stellen desselben gangränös. Inhalt gelbgrün, dünnflüssig, übelriechend. Massagebehandlung längere Zeit fortgesetzt.
Fibrinöse Peritonitis. Omentocoecal- und Dünndarmadhärenzen.	$1^1/_4$ M.		Proc. verm. von einer festen Pseudomembran umgeben. 1 cm von der Spitze befindet sich eine Perforationsöffnung von ca. 2 mm Durchmesser.
Seropurulente Peritonitis.	$1^1/_2$ M.		Proc. verm. 5 cm lang. Serosa mit dicken Pseudomembranen belegt. Narbenstriktur 2 cm von der Spitze.
Circumscripte gangr. Peritonitis in der fossa iliaca.	2 M.		Proc. verm. $7^1/_2$ cm lang. Gesamte Schleimhaut gangränös. Inhalt: Grüne stinkende Jauche. Längere Zeit Massagebehandlung.

Fortlaufende No.	Autor	Alter	Erste Erkrankung oder Recidiv	Tag der Operation seit Beginn der Krankheit	Wurmfortsatz gefunden	Wurmfortsatz entfernt	Wurmfortsatz perforiert	Kotsteine	Operation einzeitig	Operation zweizeitig	Nach der Operation Recidive
164	Prof. Lennander	28	ja	3 d.	ja	ja			ja		ja
165	„	16	ja	3 d.	ja	ja	nein	ja (1)	ja		
166	„	26	ja	3 d.?	ja	ja	ja	ja (1)	ja		
167	„	31	ja	4 d.	ja	ja	ja		ja		
168	„	28	ja	7 d.	ja	ja			ja		
169	„	22	ja	9 d.	ja	ja		ja (1) haselnussgross	ja		
170	„	21	ja	11 d.	ja	ja			ja		

Komplikationen. Abscess. Mehrfache Abscesse. Subphrenischer Abscess.	Ausgang		Bemerkungen. Lage des processus vermiformis. Stelle der Perforation. Recidiv bei nicht entferntem processus vermiformis. Eiterung intra- oder extraperitoneal. Sektionsbefund.
	Heilung	Tod	
Anhaltende Verstopfung. Schmerzen in der Narbe, welche exstirpiert wird. Wo der proc. verm. extraperitoneal eingenäht war, fanden sich ligamentöse Adhärenzen zwischen Coecum und der vorderen Bauchwand.	1 J.		Gesundung nach 2. Operation. Proc. verm. wurde von der Bauchwand abgelöst. Proc. verm. 4 cm lang, seine Serosa im allgemeinen glatt und glänzend.
Circumscripte serofibrinöse Peritonitis.	$1^1/_2$ M.		Proc. verm. 6 cm. lang, hakenförmig gekrümmt, mit der hinteren und unteren Fläche des Coecum verwachsen.
Abscess.	$1^3/_4$ M.		Proc. verm. 5 cm lang, daumendick, liegt auf der hinteren äusseren Seite des Coecum mit seiner Spitze nach oben. $1^1/_2$ cm von der Basis Perforationsöffnung. Intraperitonealer Abscess auf der Rück- und Vorderseite des Coecum.
Netz- u. Darmadhärenzen. Schwere Ileussymptome.	$^1/_2$ M.		Proc. verm. 5 cm lang, mit der hinteren Fläche des Coecum verwachsen. Wallnussgrosser Abscess enthält dicken, gelbgrünen, stinkenden Eiter.
Seröse und adhäsive Peritonitis. Abscess retrocoecal.	$1^1/_2$ M.		Proc. verm. wird stückweise herausgenommen. An der fast gerade auswärts gerichteten Spitze gangränös.
3 kleine intraperitoneale Abscesse. Kotfistel.	$3^1/_4$ M.		Proc. verm. verdickt, nach dem kl. Becken zu verlagert. Stinkender Eiter.
14 Tage nach der Operation kleiner Abscess. Fistel.	ja		Proc. verm. nimmt vom medialen vorderen Teil des Coecum seinen Ausgang. Schleimhaut geschwollen. Nirgends eine Ulceration. Chronische katarrhalische Appendicitis mit periappendiculärem Abscess.

Fortlaufende No.	Autor	Alter	Erste Erkrankung oder Recidiv	Tag der Operation seit Beginn der Krankheit	Wurmfortsatz gefunden	Wurmfortsatz entfernt	Wurmfortsatz perforiert	Kotsteine	Operation einzeitig	Operation zweizeitig	Nach der Operation Recidiv
171	Prof. Lennander	24	ja	14 d.	ja	ja			ja		
172	„	29	ja	14 d.	ja	ja	ja		ja		
173	„	26	ja	40 d.	ja	ja			ja		
174	„	39	ja	31 d.						ja	
175	„	18	ja	6 d.	ja	ja		ja (1)	ja		
176	„	47	ja	8 d.	ja	ja		ja (1)	ja		
177	„	42	ja	13 d.	ja	ja	ja		ja		

Komplikationen. Abscess. Mehrfache Abscesse. Subphrenischer Abscess.	Ausgang: Heilung	Ausgang: Tod	Bemerkungen. Lage des processus vermiformis. Stelle der Perforation. Recidiv bei nicht entferntem processus vermiformis. Eiterung intra- oder extraperitoneal. Sektionsbefund.
Chron. adhäsive Peritonitis.	$2^1/_4$ M.		Proc. verm. einwärts auf das kl. Becken zu gerichtet, überall stark mit seiner Umgebung verwachsen. Acute Exacerbation einer chron. purulenten Appendicitis. Intraperitonealer Abscess. Übelriechender Eiter.
Alte Omentaladhärenz. Seröse Peritonitis in der Fossa Douglasii.	3 M.		Proc. verm. mündet unter sehr spitzem Winkel ins Coecum, ist 5 cm. lang. In der Schleimhaut zahlreiche Ulcerationen. — Intraperitonealer Abscess in der Lumbalgegend.
Netz- u. Coecaladhärenzen.	$1^1/_2$ M.		Proc. verm. mit dem Dünndarmmesenterium verwachsen. $7^1/_2$ cm lang. Nahe an der Spitze ist die Schleimhaut auf einem kl. Gebiete gangränös. Intraperitonealer Abscess zwischen Dünndarm und der Bauchwand. Acut gewordene chron. ulceröse Appendicitis.
Brand einer Dünndarmschlinge. Anlegung eines anus praeternaturalis.	5 M.		Extraperitonealer Abscess in der fossa iliaca und dem kl. Becken hinter der Symphyse. Intraperitonealer Abscess von dem Os sacrum.
	$2^1{}_2$ M.		Proc. verm. an der hinteren äusseren Seite des Coecum mit einer Öffnung an der Spitze und in dieser ein Kotstein. Intraperitonealer Abscess an der Aussenseite des Coecum und hinter demselben. Gangränöse Appendicitis.
	ja $1^1/_2$ M.		Proc. verm. brandig zerfallen. (Schleimhaut.) Intraperitonealer Abscess. Grünlicher, ziemlich dicker stinkender Eiter.
Peritoneum verdickt, sehr schwer von der Fossa iliaca lösbar.	ja		Proc. verm. der hinteren Abscesswand eingebettet mit der Hauptrichtung nach aussen, hinten, oben. Intraperitonealer Abscess.

Fortlaufende No.	Autor	Alter	Erste Erkrankung oder Recidiv	Tag der Operation seit Beginn der Krankheit	Wurmfortsatz		Wurmfortsatz perforiert	Kotsteine	Operation		Nach der Operation Recidive
					gefunden	entfernt			einzeitig	zweizeitig	
178	Prof. Lennander	44	ja	6 d.					ja		ja
179	„	18	ja	7 d.	ja				ja		
180	„	47	ja	11 d.	nein				ja		
181	„	15	ja	13 d.	nein			ja	ja		
182	„	9	ja	14 d.	nein				ja		Ja. (2 Recidive) im selben Jahr
183	„	50	ja	14 d.	nein				ja		Recidiv nach $^1/_4$ Jahr
184	„	17	ja	15 d.	nein			ja (1)	ja		
185	„	29	ja	42 d.	nein				ja		
186	„	75	ja	?					ja		

Komplikationen. Abscess. Mehrfache Abscesse. Subphrenischer Abscess.	Ausgang		Bemerkungen. Lage des processus vermiformis. Stelle der Perforation. Recidiv bei nicht entferntem processus vermiformis. Eiterung intra- oder extraperitoneal. Sektionsbefund.
	Heilung	Tod	
	$1^1/_2$ M.		Intraperitonealer Abscess auf der Aussenseite des Coecum. Recidiv bei nicht entferntem proc. verm. Abscess öffnet sich spontan.
Abscess mehrkammerig.	$2^1/_4$ M.		Intraperitonealer, in mehrere Kammern verteilter Abscess in der fossa iliaca, der sich ins kleine Becken hinab erstreckte.
Venenthrombose im linken Bein.	ja 2 M.		Intra- und extraperitonealer Abscess.
Fäcalfistel. – Beim Suchen nach dem proc. verm. barst an einer Stelle die Wand des Coecum.	ja ca. 2 M.		Intra- und extraperitonealer Abscess in der rechten Lumbalgegend und fossa iliaca.
Zweimal in der alten Narbe ein grösserer Abscess eröffnet.	1 M.		Intraperitonealer Abscess vor dem Coecum und auf der Aussenseite desselben. Recidive bei nicht entferntem Proc. verm.
Mehrkammeriger Abscess. Ileussymptome.	ja		Intraperitonealer in mehrere Kammern verteilter Abscess auf der Innenseite des Coecum.
Drei kleine intraperiton. Abscesse.	ja		Intraperitoneale Abscesse. Ungemein grosser Kotstein in einer schwieligen Bindegewebsmasse.
Pyämie.		1 M.	Extraperitonealer Abscess. Sektion: Hühnereigrosse Eiterhöhle auf der Innenseite des Coecum um einen gangränösen proc. verm. Subseröse Eiterinfiltrate längs den Gefässen der fossa iliaca. Lungenabscesse.
	ja		Grosser, die ganze rechte Iliacal- und Lumbalgegend einnehmender Abscess mit dünnem stinkendem Eiter.

Fortlrufende No.	Autor	Alter	Erste Erkrankung oder	Recidiv	Tag der Operation seit Reginn der Krankheit	Wurmfortsatz		Wurmfortsatz perforiert	Kotsteine	Operation		Nach der Operation Recidive
						gefunden	entfernt			einzeitig	zweizeitig	
187	Prof. Lennander	20		ja ?	36 h	ja	ja			ja		
188	„	28		ja	4 d.	ja	ja			ja		
189	„	11	ja		4 d.	ja	ja		ja (1)	ja		
190	„	20	ja		7 d.	ja	ja			ja		
191	„	15	ja		7 d.	ja	ja			ja		
192	„	23		ja	17 d.	ja	ja			ja		
193	„	13	ja		10 d.	ja	nein	nein	nein	ja		
194	„	37	ja		10 d.	nein			ja (1)	ja		

Komplikationen. Abscess. Mehrfache Abscesse. Subphrenischer Abscess.	Ausgang		Bemerkungen. Lage des processus vermiformis. Stelle der Perforation. Recidiv bei nicht entferntem processus vermiformis. Eiterung intra- oder extraperitoneal. Sektionsbefund.
	Heilung	Tod	
Progredient fibrinös-eitrige Peritonitis vom Appendix ausgehend.	5 M.		Proc. verm. ausgehend von der Mündungsstelle des Ileum ins Coecum unterhalb und lateral, verläuft auf der Rückseite des Coecum gerade nach oben. 6 cm lang, verdickt, geschwollen. Muskularis zeigt beginnende Gangrän.
Progredient fibrinös-eitrige Peritonitis. Ileussymptome.	4 M.		Proc. verm. gangränös. Gangränöse Appendicitis.
Progredient fibrinös-eitrige Peritonitis.	$2^1/_4$ M.		Proc. verm. 5 cm lang, seine Wandung sehr geschwollen, der periphere Teil völlig abgangräniert. Gangränöse Appendicitis. Intraperitonealer Abscess.
Progredient fibrinös-eitrige Peritonitis.	2 M.		Proc. verm. $3^1/_2$ cm lang, sehr geschwollen, schwarzgrün, gangränös.
Progredient fibrinös-eitrige Peritonitis.	2 M.		Proc. verm. an der Innenseite des Coecum; gerade nach abwärts gerichtet, Spitze nach oben auswärts. 8 cm lang. Beträchtlich verdickt.
Progredient fibrinös-eitrige Peritonitis.	$2^1/_4$ M.		Proc. verm. 3 cm lang, erhält eine dünne, grauliche, eiterähnliche Jauche. Schleimhaut stark geschwollen. Recidivierende katarrhalische Appendicitis. Intraperitonealer Abscess.
Progredient fibrinös-eitrige Peritonitis.	ja $1^1/_2$ M.		Coecum war in der Fossa iliaca mit dem Peritoneum parietale verwachsen.
Progredient fibrinös-eitrige Peritonitis. Mehrere Abscesse.		9 d.	Sektion: Proc. verm. 12 cm lang und lag nach oben zu links von der Radix mesenterii. Etwa 1 cm von seiner Spitze war er durchfressen. Der ganze periphere Teil des proc. verm. war in Gangrän begriffen. Gangränöse Appendicitis.

Fortlaufende No.	Autor	Alter	Erste Erkrankung oder Recidiv	Tag der Operation seit Beginn der Krankheit	Wurmfortsatz gefunden	Wurmfortsatz entfernt	Wurmfortsatz perforiert	Kotsteine	Operation einzeitig	Operation zweizeitig	Nach der Operation Recidive
195	Prof. Lennander	59	ja	12 h	ja	ja	nein	nein	ja		
196	„	21	ja	40 h	ja	ja			ja		
197	„	24	ja	3 d.	ja	ja	ja		ja		
198	„	21	ja	58 h	ja	ja			ja		
199	„	28	ja	4 d.			ja		ja		
200	„	25	ja	Operiert in freier Zwischenzeit	ja	ja	ja		ja		

Komplikationen. Abscess. Mehrfache Abscesse. Subphrenischer Abscess.	Ausgang: Heilung	Ausgang: Tod	Bemerkungen. Lage des processus vermiformis. Stelle der Perforation. Recidiv bei nicht entferntem processus vermiformis. Eiterung intra- oder extraperitoneal. Sektionsbefund.
Diffuse Peritonitis. Periappendiculärer Abscess mit Berstung in die freie Peritonealhöhle.		1 d.	Proc. verm. 4 cm lang, durch Adhärenzen mit der rechten Tube und dem untersten Teile des Ileum verbunden. Im kleinen Becken eine Menge trüben Exsudates. Gangränöse Appendicitis.
Peritonitis im kl. Becken und diffuse Peritonitis unterhalb des Col. transv.	$1^1/_2$ M.		Proc. verm. mit sehr langem Mesenteriolum erstreckt sich mit seinem peripheren in Adhärenzen gebetteten Teil ins kleine Becken hinab. — 4 Tage nach der ersten, Operation wegen Ileus. Gangränöse Appendicitis.
Diffuse seropurulente Peritonitis.	1 M.		Proc. verm. 7 cm lang in der Gegend der Linea innom. festgewachsen; 1 cm von der Spitze befindet sich eine Perforation von $1^1/_2$ cm Durchmesser.
Periappendiculärer Abscess. Diffuse septische Peritonitis.		4 d.	Proc. verm. 5 cm lang an der unteren äusseren Seite des Coecum. Abknickung des untersten Teiles des Ileum durch Pseudomembranen. Katarrhalische Appendicitis.
Diffuse fibrino-purulente Peritonitis.		1 d.	Sektion: Proc. verm. 8 cm lang, beträchtlich verdickt. Etwa 4 cm von der Spitze befindet sich eine Perforationswunde. In den oberen 2 cm des Proc. verm. sieht die Schleimhaut gesund aus, ist aber von da an gangränös. Proc. hängt frei ins kl. Becken hinab. Gangränöse Appendicitis. —
Perforation des Coecum. Darm- u. Netzadhärenzen.	$1^1/_2$ M.		Proc. verm. ca. 5 cm lang, mit der Wand des Coecum innig verbunden, sein peripheres Ende nach vorne gerichtet. Chron. perfor. Appendicitis.

Fortlaufende No.	Autor	Alter	Erste Erkrankung oder	Recidiv	Tag der Operation seit Beginn der Krankheit	Wurmfortsatz gefunden	Wurmfortsatz entfernt	Wurmfortsatz perforiert	Kotsteine	Operation einzeitig	Operation zweizeitig	Nach der Operation Recidive
201	Prof. Lennander	21		ja	Operiert in freier Zwischenzeit	ja	ja			ja		
202	„	26		ja	„	ja	ja			ja		
203	„	25		ja	„	ja	ja			ja		
204	„	32		ja	„	ja	ja	ja	ja (1)	ja		
205	„	26		ja	„	ja	ja			ja		
206	„	30		ja	„	ja	ja	ja 2 mal		ja		
207	„	24		ja	„	ja	ja		ja (2)	ja		

Komplikationen. Abscess. Mehrfache Abscesse. Subphrenischer Abscess.	Ausgang: Heilung	Ausgang: Tod	Bemerkungen. Lage des processus vermiformis. Stelle der Perforation. Recidiv bei nicht entferntem processus vermiformis. Eiterung intra- oder extraperitoneal. Sektionsbefund.
Netzadhärenzen. Verwachsung des Coecum mit dem proc. verm. Venenthrombose im rechten Bein.	$1^1/_2$ M.		Proc. verm. ca. 6 cm lang, vollständig mit dem Coecum verlötet, der untere Teil des processus war $1^1/_2$ cm von des Spitze nach oben umgebogen, so dass er einen Winkel von 20—30° mit dem übrigen Teil bildete. Chron. Appendicitis.
Netz- u. Darmadhärenzen. Kleincystendegeneration des r. Ovarium. Rechtsseitige Perioophoritis u. Perisalpingitis.	$1^1/_2$ M.		Proc. verm. in Bindegewebsadhärenzen zwischen Ileum und dem hinteren medialen Teil des Coecum eingebettet, war geknickt; der Winkel war kleiner als ein rechter. Subakute katarrhalische Appendicitis.
Omentaladhärenzen.	$1^1/_4$ M.		Proc. verm. 8 cm lang an der inneren Seite des Coecum besitzt ein ziemlich langes Mesenteriolum.
Chronische adhäsive Peritonitis; sekund. rechtsreitige Oophoritis und katarrhal. Salpingitis.	15 Tag		Proc. verm. ca. 5 cm lang, Schleimhaut verdickt und geschwollen. 2 cm von der Spitze beginnt eine ringförmige Verengerung und in der Mitte dieser bemerkt man eine Ulceration wie auch eine erbsengrosse Perforationsöffnung. Subakute ulceröse Appendicitis. —
	1 M.		Proc. verm. 7 cm lang, lag auf der Rückseite des Coecum und Colon ascendens, beinahe gerad aufwärts gerichtet. Chron. katarrh. Appendicitis.
Netz- u. Coecaladhärenzen.	$1^1/_4$ M.		Proc. verm. 6 cm lang hinter dem Coecum und Colon ascendens hatte eine sagittale Richtung und war taschenmesserartig zusammengeknickt. Liegt extraperitoneal. 2 Narbenstrikturen. Chron. katarrh. Appendicitis.
Coecaladhärenzen.	1 M.		Proc. verm. ca. 5 cm lang, mit der untersten Schlinge des Ileum verwachsen. 2 mal geknickt.

Fortlaufende No.	Autor	Alter	Erste Erkrankung oder	Recidiv	Tag der Operation seit Beginn der Krankheit	Wurmfortsatz gefunden	Wurmfortsatz entfernt	Wurmfortsatz perforiert	Kotsteine	Operation einzeitig	Operation zweizeitig	Nach der Operation Recidive
208	Prof. Lennander	11		ja	Operiert in freier Zwischenzeit					ja		
209	„	35		ja	„	ja	ja			ja		
210	„	19		ja	„	ja	ja		ja (3)	ja		
211	„	22		ja	„	ja	ja		ja (1)	ja		
212	„	22	ja		„	ja	ja			ja		
213	„	29		ja	„	ja	ja			ja		
214	„	23		ja	„	ja	ja		ja (1)	ja		

Komplikationen. Abscess. Mehrfache Abscesse. Subphrenischer Abscess.	Ausgang		Bemerkungen. Lage des processus vermiformis. Stelle der Perforation. Recidiv bei nicht entferntem processus vermiformis. Eiterung intra- oder extraperitoneal. Sektionsbefund.
	Heilung	Tod	
Netz- u. Darmadhärenzen.	1 M.		Appendicitis (?) suppurativa chronica.
Hegar'sche Kleincystendegeneration beider Ovarien. Chron. Perisalpingitis. Epilepsie.	1 M.		Exstirpation der beiden Adnexa, des Uterus und des Proc. verm. Letzterer 8 cm lang, hakenförmig gekrümmt, hängt ins kl. Becken hinab. Chron. katarrh. Appendicitis.
Coecaladhärenzen.	1 M.		Proc. verm. ca. 4 cm lang, verläuft gerade nach innen gerichtet frei ohne alle Verwachsungen längs der unteren Seite des Ileum. Nahe beim zentralen Ende eine Knickung von etwa 90°. — Chron. katarrh. Appendicitis.
Grosser adhärenter Omentalbruch in der r. Scrotalhälfte.	2¼ M.		Retrocoecale, extraperitoneale (?) Lage des proc. verm.
Hydrops appendicis. Adhärenzen am proc. verm.	2 M.		Proc. verm. 10 cm lang, war nach innen unten zum kl. Becken hin gerichtet; fast vollkommen durchsichtig. An 2 Stellen Narbenstrikturen. Subakute katarrh. Appendicitis.
Coecaladhärenzen. Secundäre rechtsseit. Oophoritis u. Perisalpingitis.	¾ M.		Proc. verm. ca. 7 cm lang, gerade einwärts zur Mittellinie gerichtet, der periphere Teil keulenförmig angeschwollen hing ins kl. Becken hinab. Chron. katarrh. Appendicitis.
Starke Schmerzen zwischen Coecum und äusserer vorderer Bauchwand.	¾ M.		Proc. verm. ging von der hinteren Seite des Coecum aus und war gerade einwärts zur Mittellinie hin gerichtet. Etwa in seiner Mitte war er taschenmesserartig zusammengeknickt. — Chron. katarrh. Appendicitis.

Fortlaufende No.	Autor	Alter	Erste Erkrankung oder	Recidiv	Tag der Operation seit Beginn der Krankheit	Wurmfortsatz		Wurmfortsatz perforiert	Kotsteine	Operation		Nach der Operation Recidive
						gefunden	entfernt			einzeitig	zweizeitig	
215	Prof. Lennander	20		ja	Operiert in freier Zwischenzeit	ja	ja			ja		5 Monate nach der Operation Pat. wegen Typhlitis stercoralis levis aufgenommen und nach einige Tag. geheil
216	„	24		ja	„	ja	ja		ja (1)	ja		
217	„	26		ja	„	ja	ja		ja	ja		
218	„	33		ja	„	ja	ja			ja		
219	„	33		ja	„	ja	ja		ja	ja		
220	„	39		ja	„	ja	ja			ja		
221	„	29		ja	„					ja		
222	„	15	ja		14 d.	ja	ja			ja		

Komplikationen. Abscess. Mehrfache Abscesse. Subphrenischer Abscess.	Ausgang		Bemerkungen. Lage des processus vermiformis. Stelle der Perforation. Recidiv bei nicht entferntem processus vermiformis. Eiterung intra- oder extraperitoneal. Sektionsbefund.
	Heilung	Tod	
Adhärenzen am proc. verm. Chron. Lymphadenitis.	1 M.		Proc. verm. ging vom medialen Teile des Coecum aus, war nach unten einwärts zur Lin. innom. gerichtet und taschenmesserartig zusammengeknickt, die Spitze zum Coecum hin. Chronische Appendicitis.
Netz- u. Darmadhärenzen. Doppelseit. Pyosalpinx. (Tbc.). Kleincystendegeneration des rechten Ovarium.	1 M.		Proc. verm. spiralförmig gewunden und einwärts gerichtet. Sein peripheres Drittel bildete mit dem mittleren Teil einen Winkel von 90°. Chron. katarrh. Appendicitis.
Coecaladhärenzen.	1 M.		Proc. verm. sehr lang, taschenmesserartig zusammengeklappt und in dieser Lage durch eine Adhärenz an der medialen Seite des Coecum fixiert. Die Knickung befand sich etwa in der Mitte.
Coecal- und Omentaladhärenzen. Bronchitis.	1 M.		Proc. verm 6 cm lang, liegt zum grössten Teil extraperitoneal hinter dem Coecum. Am zentralen Ende 2 Knickungen. Chron. katarrh. Appendicitis.
Coecaladhärenzen. Secundäre rechtsseitige chron. Oophoritis und Perisalpingitis.	$1^1/_4$ M.		Proc. verm. medial vom Coecum, verläuft gerade nach innen. $1^1/_2$ cm vom peripheren Ende eine scharfe Knickung mit einem Winkel von weniger als 60°. Chron. katarrh. Appendicitis.
Netzadhärenzen.	1 M.		Proc. verm. verlief zunächst nach oben auswärts hinter dem Coecum. Zentral von seiner Mitte war er taschenmesserartig zusammengeklappt. Chron. katarrhal. Appendicitis.
Coecaladhärenzen.	$1^3{}_4$ M.		Proc. verm. fehlt. — Coecum sehr gross, enthält feste Fäkalklumpen. Typhlitis und Perityphlitis.
Colitis nebst localer fibrinöser u. fibrinopurulenter Peritonitis.	4 M.		Proc. verm. 11 cm lang, liegt grösstenteils hinter dem Peritoneum und enthielt gelblichen Schleim. Akute Typhlitis.

Fortlaufende No.	Autor	Alter	Erste Erkrankung oder	Recidiv	Tag der Operation seit Beginn der Krankheit	Wurmfortsatz gefunden	Wurmfortsatz entfernt	Wurmfortsatz perforiert	Kotsteine	Operation einzeitig	Operation zweizeitig	Nach der Operation Recidive
223	Prof. Lennander	24		ja	$2^1/_2$ d.	ja				ja		
224	„	24	ja		10 M.	ja	ja			ja		
225	Dr. Schooler	8			?	ja	ja	ja		ja		
226	Dr. Nannotti	18		ja	Nach Monaten	nein	nein	nein		ja		
227	Dr. Kammerer	?	ja			ja	ja			ja		
228	Dr. Pozzi		ja			ja	ja	ja		ja		
229	Dr. Labadie-Lagrave	$6^1/_2$	ja							ja		
230	Dr. Malthe	?		ja	Operiert in freier Zwischenzeit	ja	ja	ja		ja		
231	Med.-Rat Dr. Baumgärtner	20	ja		7 d.	ja	ja	ja	ja (1)	ja		
232	„	18		ja	4 W.	ja	ja	ja		ja		

Komplikationen. Abscess. Mehrfache Abscesse. Subphrenischer Abscess.	Ausgang		Bemerkungen. Lage des processus vermiformis. Stelle der Perforation. Recidiv bei nicht entferntem processus vermiformis. Eiterung intra- oder extraperitoneal. Sektionsbefund.
	Heilung	Tod	
rehung d. grossen Netzes. Adhäsive Peritonitis. Rechtsseitiges Ovarialcystom und katarrh. Salpingitis.	$2^1/_4$ M.		
eus.	ja		Nach 3 Monaten 2. Operation.
erofibrinöse Peritonitis. Darmverschluss.	ja		Proc. verm. in einem dünnwandigen Abscess.
llgemeine Tuberkulose. Fistel.		3 M.	Orangengrosse Geschwulst in der Gegend des proc. verm.
chwer zu entwickelnder Knäuel verwachsener Darmschlingen. Fistel.	ja		Kein Eiter, kein Fremdkörper.
	16 Tag		Proc. verm. wie ein elastischer Ring um die Hinterfläche des Blinddarm geschlungen, zeigt eine kraterförmig in die Tiefe gehende Perforation mit gangrän. Rändern.
ühnereigrosse Geschwulst im Epigastrium.	ja		Entzündl. Geschwulst breitet sich vom Coecum bis zum Nabel allmählich aus.
	ja		3 Brüder des Patienten an Perityphlitis gestorben. Proc. verm. in organische Exsudatmassen eingelagert, war am Ende perforiert und in der Mitte narbig eingezogen.
oecaladhärenzen.	$1^1/_2$ M.		Proc. verm. tritt hart am Ileum aus dem Coecum aus und umfasst das einmündende Ileum von hinten wie ein Finger nach oben u. vorne. Im unteren Drittel liegt die Perforationsstelle.
ine Dünndarmschlinge perforiert. Därme fest verklebt. Abscess durch feste Verwachsungen begrenzt.		ja	Proc. verm. perforiert, necrotisch zerfallen. Durchbruchstelle für Zeigefinger durchgängig.

Fortlaufende No.	Autor	Alter	Erste Erkrankung oder	Recidiv	Tag der Operation seit Beginn der Krankheit	Wurmfortsatz		Wurmfortsatz perforiert	Kotsteine	Operation		Nach der Operation Recidive
						gefunden	entfernt			einzeitig	zweizeitig	
233	Med.-Rat Dr. Baumgärtner	?		ja	nach Jahren	ja	ja	nein	nein	ja		
234	„	18	ja		52 d.	nein			ja (1)	ja		
235	„	?	ja		16 d.	nein			ja	ja		
236	Prof. Sonnenburg	25		ja	Operat. in freier Zwischenzeit	ja	ja			ja		
237	„	28	ja		7 M.	ja	ja			ja		
238	„	?	ja		2 M.	ja	ja		ja (1)	ja		
239	„	19	ja		3 d.					ja		?
240	„	29	ja		11 d.	ja	ja		ja	ja		
241	„	22	ja		2 d.			ja	ja (1)	ja		
242	„	29	ja		5 d.			ja	ja		ja	

Komplikationen. Abscess. Mehrfache Abscesse. Subphrenischer Abscess.	Ausgang		Bemerkungen. Lage des processus vermiformis. Stelle der Perforation. Recidiv bei nicht entferntem processus vermiformis. Eiterung intra- oder extraperitoneal. Sektionsbefund.
	Heilung	Tod	
Intraligamentärer Abscess an den Uterus sich anschliessend zur Linea innom. heraufragend.	ja		Proc. verm. ödematös, verdickt ins kleine Becken versenkt, ist durch leicht lösbare Adhäsion an der vorderen Beckenwand fixiert.
Abscesshöhle enthält trübe seröse Flüssigkeit mit käsigen Bröckeln.	ja		In der Tiefe der Höhle bleistiftdicker 3 cm langer Kotstein mit zentralem Kerne.
Abscesshöhle von Mannsfaustgrösse.	ja		In der Tiefe der Höhle bohnengrosser eckiger Kotstein.
	ja		Proc. verm. 10 cm lang, federkieldicker Strang vom Coecum nach abwärts, dasselbe gewissermassen umschnürend. Appendicitis simplex.
	ja		Proc. verm. durch einzelne feine Adhäsionen gegen die Wand des Blinddarmes fixiert. Sein Verlauf ist stark geschlängelt. Appendicitis simplex.
Beginnende Pthise.	ja 5 M.		Proc. verm. verdickt und in ihm ein kirschkerngrosser Fremdkörper. Appendicitis simplex.
	ja 41 Tg.		Empyem des proc. verm.
Hühnereigrosser Tumor, frei beweglich, dessen Vorderseite aus dem Netz besteht, an seiner Oberfläche linsengrosse Perforation.	ja 31 Tg.		Proc. verm., dessen freies Ende nach oben umgeschlagen ist und sich unmittelbar an die Höhle ansetzt. Empyem des proc. verm.
Lage des Abscesses vorne aussen.	ja $2^1/_2$ M.		Appendicitis perforativa.
Darmfistel. Verwachsung von Darmschlingen mit dem Coecum.	ja		Appendicitis perforativa. Lage des Abscesses nach vorn aussen.

Fortlaufende No.	Autor	Alter	Erste Erkrankung oder	Recidiv	Tag der Operation seit Beginn der Krankheit	Wurmfortsatz		Wurmfortsatz perforiert	Kotsteine	Operation		Nach der Operation Recidive
						gefunden	entfernt			einzeitig	zweizeitig	
243	Prof. Sonnenburg	28	ja		6 d.	ja	teilweise	ja	ja		ja	
244	„	41	ja		8 d.	ja	nein	ja		ja		
245	„	25	ja		9 d.			ja		ja		
246	„	39	ja		5 d.	ja	ja	ja		ja		
247	„	27	ja		6 d.	ja	nein			ja		ja
248	„	22	ja		5 d.			ja		ja		
249	„	24		ja	8 d.			ja		ja		
250	„	22	ja		4 d.	ja	nein	ja		ja		
251	„	25	ja		3 d.	ja	ja	ja	ja (4)	ja		
252	„	6	ja		16 d.			ja				

Komplikationen. Abscess. Mehrfache Abscesse. Subphrenischer Abscess.	Ausgang		Bemerkungen. Lage des processus vermiformis. Stelle der Perforation. Recidiv bei nicht entferntem processus vermiformis. Eiterung intra- oder extraperitoneal. Sektionsbefund.
	Heilung	Tod	
	ja 28 Tg.		Proc. verm. gangränös von Eiter umspült, mit der Umgebung fest verlötet. Lage des Abscesses nach vorne.
Doppelseitige Phtise.	ja		Proc. verm. zeigt mehrfache Ulceration, wahrscheinlich tuberkulöser Natur. Lage des Abscesses nach vorne.
	ja 53 Tg.		Lage des Abscesses nach vorne.
Fascia transv. mit Peritoneum verlöthet.	ja 41 Tg.		Lage des Abscesses nach vorne, in der Höhle lag ein kleinfingerdicker, schmutziggrün verfärbter Strang, der mit Eitermembranen überzogen war. (Proc. verm.)
Hühnereigrosser Abscess.	ja 58 Tg.		In der Tiefe des Abscesses liegt der proc. verm., der fest verlötet ist. – Später zwei Anfälle, nach 4 Monaten Aufbruch der Wunde (2 Kotsteine), nach 7 Monaten Recidiv bei nicht entferntem proc. verm und Resektion desselben. Dann Heilung. Lage des Abscesses nach vorne.
Fascia transv. mit Perit. verwachsen.	ja 32 Tg.		Kotig riechender Eiter. Lage des Abscesses nach vorne.
	ja 59 Tg.		Nach der Operation geringe Eitersekretion, doch stossen sich necrotische Fetzen ab. Lage des Abscesses nach vorne.
Rechtsseitige Pneumonie mit hämorrhagischem Pleuraexsudat.	ja 156 Tg.		Lage des Abscesses nach vorne.
Fistel.	ja 105 Tg.		Lage des Abscesses nach vorne, in dessen Höhle der zum Teil gangränöse proc. verm. liegt.
	ja 96 Tg.		Lage des Abscesses nach vorne.

Fortlaufende No.	Autor	Alter	Erste Erkrankung oder Recidiv	Tag der Operation seit Beginn der Krankheit	Wurmfortsatz gefunden	Wurmfortsatz entfernt	Wurmfortsatz perforiert	Kotsteine	Operation einzeitig	Operation zweizeitig	Nach der Operatio Recidive
253	Prof. Sonnenburg	16	ja	1 d.			ja		ja		
254	„	30	ja	6 d.	ja	ja	ja	ja	ja		
255	„	27	ja	4 d.	ja	ja	ja		ja		
256	„	26	ja	22 d.	ja	ja	ja	ja (1)	ja		
257	„	8	ja	14 d.			ja	ja	ja		
258	„	6	ja	9 d.	ja	ja	ja		ja		
259	„	15	ja	5 d.	ja	ja	ja		ja		
260	„	39	ja	13 d.	ja	ja	ja	ja	ja		
261	„	11	ja	13 d.	ja	ja	ja		ja		
262	„	28	ja	4 d.			ja			ja	
263	„	33	ja	4 d.		ja	ja			ja	

Komplikationen. Abscess. Mehrfache Abscesse. Subphrenischer Abscess.	Ausgang		Bemerkungen. Lage des processus vermiformis. Stelle der Perforation. Recidiv bei nicht entferntem processus vermiformis. Eiterung intra- oder extraperitoneal. Sektionsbefund.
	Heilung	Tod	
Hühnereigrosser Abscess.	ja 49 Tg.		Lage des Abscesses nach vorne. Penetrant riechender Eiter. —
Sehr grosser Abscess.	ja		5 Tage nach der Operation stösst sich der sehr lange proc. verm. ab und wird mit mehreren Kotsteinen entfernt.
Zwetschgengrosser Abscess.	ja 55 Tg.		Proc. verm. verwachsen, derb, eitrig belegt, brüchig.
	ja 54 Tg.		Proc. verm. mit seiner Spitze nach unten gelegen.
Abscess ca. hühnereigross.	ja 62 Tg.		Stinkender Eiter mit Kotbröckeln vermischt.
	ja 50 Tg.		Proc. verm. an seinem unteren Ende verdickt und zeigt eine Perforation. Lumen sehr eng.
	ja 33 Tg.		Proc. verm. 3 cm. oberhalb der Spitze perforiert. Appendicitis perforativa. Lage des Abscesses nach vorne.
Grosser auf der fossa iliaca liegender Abscess. Fascia transv. mit Muskulatur u. Bauchfell verwachsen.	ja		120 ccm stinkender Eiter mit einigen Kotbröckeln.
Abscesshöhle nach innen und vorn von Därmen begrenzt.	ja		Proc. verm. an der Hinterwand des Abscesses liegend, mit der Kuppe nach oben sehend. Verlauf von unten innen nach oben aussen. $1^1/_2$ cm unter der Spitze kaffeebohnengrosse Perforation. Lage des Abscesses nach vorne.
Abscess mit dem Peritoneum parietale verwachsen.	ja		Lage des Abscesses nach hinten. Ebenso in den folgenden 18 Fällen.
	ja 33 Tg.		Bei Eröffnung des Abscesses entleert sich viel Eiter, ausserdem ein necrotisches Stück Gewebe (Proc. verm.)

Fortlaufende No.	Autor	Alter	Erste Erkrankung oder Recidiv	Tag der Operation seit Beginn der Krankheit	Wurmfortsatz gefunden	Wurmfortsatz entfernt	Wurmfortsatz perforiert	Kotsteine	Operation einzeitig	Operation zweizeitig	Nach der Operation Recidive
264	Prof. Sonnenburg	31	ja	34 d.			ja		ja		
265	„	10	ja	4 d.	ja	ja	ja	ja (1)	ja		
266	„	50	ja	10 d.			ja		ja		
267	„	14	ja	14 d.			ja		ja		
268	„	19	ja	5 d.	ja	ja	ja			ja	
269	„	22	ja	13 d.			ja		ja		
270	„	28	ja	11 d.			ja		ja		
271	„	28	ja	5 d.	ja		ja	ja (1)	ja		
272	„	19	ja	50 d.			ja		ja		
273	„	22	ja	11 d.			ja	ja (1)	ja		
274	„	13		ja 15 d.	ja		ja	ja	ja		
275	„	9	ja	8 d.	ja	ja	ja		ja		
276	„	36		ja 13 d.			ja		ja		

Komplikationen. Abscess. Mehrfache Abscesse. Subphrenischer Abscess.	Ausgang		Bemerkungen. Lage des processus vermiformis. Stelle der Perforation. Recidiv bei nicht entferntem processus vermiformis. Eiterung intra- oder extraperitoneal. Sektionsbefund.
	Heilung	Tod	
Abscess zweifaustgross, nach allen Seiten hin abgekapselt.	ja 36 Tg.		1000 ccm fäculent riechender Eiter.
	ja 54 Tg.		Proc. verm. eitrig infiltriert, zum Teil gangränös.
Fascia transv. mit Periton. verlöthet.	ja 47 Tg.		Grosser Eiterherd.
	ja 36 Tg.		Abscesshöhle gross und besonders nach oben zu entwickelt.
	ja 229 Tg.		Verzögerung der Heilung durch eine Fistel, die sich als der proc. verm. erweist.
Fistel.	ja 59 Tg.		
Kotfistel.	ja 46 Tg.		Proc. verm. mit Darmschlingen fest verwachsen, an seinem Ende perforiert. Aus der Kotfistel stossen sich viele gängränöse Fetzen ab (Proc. verm.)
	ja 42 Tg.		In der Tiefe des Abscesses liegt der gangränöse proc. verm.
Pthise. Decubitus.	ja 60 Tg.		Kotiges Erbrechen.
	ja		Abscess ziemlich tief gelegen, enthält reichlich übelriechenden Eiter.
	ja 56 Tg.		An der medianen Wand der Abscesshöhle liegt der verödete proc. verm.
	ja 50 Tg.		Proc. verm. in der Tiefe der wallnussgrossen Abscesshöle fest verwachsen.
Fascia transversa stark verdickt, mit dem Peritoneum verwachsen. Abscess zweikammerig.	ja 42 Tg.		

Fortlaufende No.	Autor	Alter	Erste Erkrankung oder Recidiv	Tag der Operation seit Beginn der Krankheit	Wurmfortsatz gefunden	Wurmfortsatz entfernt	Wurmfortsatz perforiert	Kotsteine	Operation einzeitig	Operation zweizeitig	Nach der Operation Recidive
277	Prof. Sonnenburg	53	ja	23 d.	ja	ja	ja		ja		
278	„	19	ja	3 d.	ja	nein	ja		ja		ja
279	„	19	ja	3 d.	ja	ja	ja		ja		
280	„	16	ja	8 d.	ja	ja	ja		ja		
281	„	8	ja	6 d.			ja		ja		
282	„	42	ja	4 d.	ja	nein	ja		ja		
283	„	48	ja	15 d.			ja		ja		
284	„	23	ja	10 d.	ja	ja	ja	ja (1)	ja		
285	„	8	ja	8 d.			ja	ja (1)	ja		
286	„	20	ja	ca. 3 W.	ja	ja	ja	ja (2)	ja		
287	„	17	ja	3 d.	ja	ja	ja	ja mehrere	ja		

Komplikationen. Abscess. Mehrfache Abscesse. Subphrenischer Abscess.	Ausgang		Bemerkungen. Lage des processus vermiformis. Stelle der Perforation. Recidiv bei nicht entferntem processus vermiformis. Eiterung intra- oder extraperitoneal. Sektionsbefund.
	Heilung	Tod	
Zweifache Ausbuchtung der Abscesshöhle.	ja 59 Tg.		Proc. verm. gerade von unten nach oben ziehend.
	ja 50 Tg.		In der Abscesshöhle ziemlich dicker Strang, dessen Kuppe nach aussen weist. (Proc. verm.) Recidiv bei nicht entferntem proc. verm.
	ja 51 Tg.		Proc. verm. sehr morsch, wird bruchstückweise entfernt.
	ja 43 Tg.		Proc. verm. sehr morsch, eitrig infiltriert.
Abscess sehr oberflächlich.	ja		Appendicitis perforativa. In diesem sowie den folgenden 10 Fällen Lage des Abscesses nach innen.
	ja 120 Tg.		Proc. verm., ein missfarbiger dünner Strang, sehr verwachsen.
Grosses, derbes Uterusmyom.	ja 28 Tg.		Wahrscheinl. Durchbruch eines perityphl. Abscesses in die freie Bauchhöhle.
Angina im Verlauf der Heilung.	ja 42 Tg.		Proc. verm. ein 5—6 cm langer Strang.
	ja 43 Tg.		Im Anschluss an ein Trauma, bei jedenfalls bestehender Appendicitis simplex entwickelte sich Appendicitis perforativa. 7 Tage nach der Operation Abstossen necrotischer Fetzen.
	ja 71 Tg.		Empyem des proc. verm., der sich von oben lateral nach unten median erstreckt und fest mit dem Peritoneum verwachsen ist.
Ausser dem Abscess bestand eine ausgedehnte serös-fibrinöse Infiltration. Peritoneum sulzig ödematös.	ja 49 Tg.		In der Abscesshöhle kleinfingerdickes kuppelartiges Gebilde, das sich loslösen lässt und als Kuppe des proc. verm. erweist.

Fortlaufende No.	Autor	Alter	Erste Erkrankung oder Recidiv	Tag der Operation seit Beginn der Krankheit	Wurmfortsatz		Wurmfortsatz perforiert	Kotsteine	Operation		Nach der Operation Recidive
					gefunden	entfernt			einzeitig	zweizeitig	
288	Prof. Sonnenburg	27	ja	2 d.	ja	ja	ja		ja		
289	„	30	ja	4 d.	ja	ja	ja		ja		
290	„	6	ja	14 d.	ja		ja		ja		
291	„	63	ja	8 d.	ja	ja	ja		ja		
292	„	18	ja		nein	nein	ja		ja		
293	„	?	ja	6 d.			ja		ja		
294	„	26	ja	23 d.	ja	ja	ja	ja (1)	ja		
295	„	2½	ja	5 W.			ja		ja		
296	„	20	ja	22 d.			ja		ja		

Komplikationen. Abscess. Mehrfache Abscesse. Subphrenischer Abscess.	Ausgang		Bemerkungen. Lage des processus vermiformis. Stelle der Perforation. Recidiv bei nicht entferntem processus vermiformis. Eiterung intra- oder extraperitoneal. Sektionsbefund.
	Heilung	Tod	
	ja 42 Tg.		Proc. verm. liegt der hinteren inneren Höhlenwand, einem Darm (wahrscheinlich Coecum) an.
Abscess enthält ein fast schwarzes mit gelben Eiterflocken gemischtes Fluidum.	ja $2^3/_4$ M.		An der Innenseite der Abscesshöhle nach hinten zu ein bleistiftdicker Strang fühlbar (Proc. verm.)
	ja 2 M.		An der Vorderwand der Höhle derber Strang (Proc. verm.)
Lage des Abscesses im Bruchsack.	ja 43 Tg.		In der Eiterhöhle liegt ein langer, dunkelgrau gefärbter Strang mit engem Lumen (Proc. verm.)
2 Abscesse. Progredient fibr.-eitrige Peritonitis.		ja 70 Tg.	Sektion: Es findet sich hinter der Blase und tief bis ins kleine Becken hinein noch ein zweiter Abscess, sehr gross, zu welchem der sehr lange perforierte Proc. verm. hinführt.
Alter Abscess mit Senkung nach der Leber. Analfistel.	ja		
Abgekapselte Abscesse r. und links. Allgemeine Peritonitis.	ja $2^1/_4$ M.		Partielle Resektion des proc. verm.
Multiple Abscesse. Secundäre Perforation in den Dünndarm und rückläufige Kotbewegungen in den Abscess.		ja 5 Tg.	Sektion: Allgemeine Drüsentuberkulose. Diffuse Adhäsivperitonitis mit Eiterherden. In der fossa iliaca in Schwarten eingebettet, der an der Spitze gangränöse proc. verm.
Multiple Abscesse. Kotfistel.	ja 85 Tg.		

Fortlaufende No.	Autor	Alter	Erste Erkrankung oder	Recidiv	Tag der Operation seit Beginn der Krankheit	Wurmfortsatz gefunden	Wurmfortsatz entfernt	Wurmfortsatz perforiert	Kotsteine	Operation einzeitig	Operation zweizeitig	Nach der Operati Recidiv
297	Prof. Sonnenburg	16	ja		2 d.			ja		ja		
298	„	31		ja	Operiert in freier Zwischenzeit			ja		ja		
299	„	14	ja		13 d.			ja		ja		
300	„	16	ja		4 d.			ja	ja		ja	
301	„	63	ja		3 d.			ja	ja	ja		
302	„	33½	ja	ja	8 d.			ja	ja	ja		

Komplikationen. Abscess. Mehrfache Abscesse. Subphrenischer Abscess.	Ausgang		Bemerkungen. Lage des processus vermiformis. Stelle der Perforation. Recidiv bei nicht entferntem processus vermiformis. Eiterung intra- oder extraperitoneal. Sektionsbefund.
	Heilung	Tod	
Multiple Abscesse. Durchbruch in die Gallenblase. Doppelseitige katarrhalische Pneumonie.		ja 21 Tg.	Sektion: Progredient eitrige fibr. Peritonitis. Ausser den eröffneten und tamponierten Abscessen findet sich ein weiterer, der sich zwischen den Dünndärmen nach aufwärts zur Leber ausbreitet: er kommuniziert mit der perityphl. Haupthöhle durch einen feinen Gang, ist mit grünem galligem Eiter gefüllt. An seiner oberen Wand ist er durch ein ca. erbsengrosses unregelmässiges Geschwür in die Gallenblase perforiert.
Multiple Abscesse. Perforativperitonitis.	ja 4 M.		
Fascia transv. mit Peritoneum verwachsen.	ja 4 M.		Abscess dehnt sich bis hinter die Blase aus.
Allgemeine Peritonitis. Multipler Abscess.	–	ja 4 Tg.	Sektion: Grosse Eiteransammlungen zwischen den Darmschlingen; diese Herde kommunizieren alle miteinander. Proc. verm. ca. 3 cm lang, verläuft quer vor dem Kreuzbein hin zum Rektum, wo sein terminales Ende verlötet ist. Drei Perforationsstellen und erbsengrosse Kotsteine.
Mitralinsufficienz; adhäsive Pericarditis. Peritonitis.		ja 1 Tg.	Sektion: Rechtsseitige eitrige Peritonitis, entstanden nach Perforation eines Eitersackes, der zwischen Coecum und Darmbeinschaufel bestanden hatte. Mit diesem war proc. verm. verlötet und in demselben perforiert. Daneben lag ein erbsengrosser Kotstein.
Allgemeine Perforationsperitonitis.		ja 2 Tg.	Sektion: Ausgebreitete eitrige Peritonitis. Nach der Lösung der lateralen Wand des Coecum von ihren Verklebungen sieht man an dessen unterem Ende den grauschwarzen und stellenweise hellgelb verfärbten proc. verm. nach hinten oben verlaufend. Mehrfach perforiert, mehrere Kotsteine.

Fortlaufende No.	Autor	Alter	Erste Erkrankung oder Recidiv	Tag der Operation seit Beginn der Krankheit	Wurmfortsatz gefunden	Wurmfortsatz entfernt	Wurmfortsatz perforiert	Kotsteine	Operation einzeitig	Operation zweizeitig	Nach der Operation Recidive
303	Prof. Sonnenburg	49	ja	20 d.				ja	ja		
304	„	?	ja	8 d.				ja	ja		
305	„	47	ja	30 d.				ja	ja		
306	„	18	ja	8 d.				ja	ja		
307	„	?	ja	11 d.	ja	nein	ja	ja	ja		
308	„	44	ja	13 d.					ja		
309	„	?	ja	?					ja		
310	„	25	ja	6 d.					ja		

Komplikationen. Abscess. Mehrfache Abscesse. Subphrenischer Abscess.	Ausgang		Bemerkungen. Lage des processus vermiformis. Stelle der Perforation. Recidiv bei nicht entferntem processus vermiformis. Eiterung intra- oder extraperitoneal. Sektionsbefund.
	Heilung	Tod	
Allgemeine Peritonitis.		ja 4 Tg.	Sektion: Perforationsperitonitis. Durchbruch eines abgekapselten perityphlitischen Abscesses.
Ausgedehnte Peritonitis.		ja	Sektion: Allgemeine Peritonitis infolge der Perforation eines im Anschluss an einen perforierten proc. verm. entstandenen Abscesses.
Marasmus. Peritonitis. Retroperitoneal aufgestiegener Abscess mit Bildung eines subphrenischen Abscesses, der secundär ins Peritoneum durchgebrochen.		ja 98 Tg.	Proc. verm. mit der vorderen Bauchwand mehrfach verwachsen und stark verdickt. — Leber mit Abscessen durchsetzt.
Peritonitis.		ja 2 Tg.	Sektion: Allgemeine Peritonitis, ausgehend von einem neben der Lumbalwirbelsäule rechts gelegenen grossen geplatzten Abscess mit sehr brüchiger Wandung. In denselben mündet der an seinem terminalen Ende zerstörte proc. verm.
Leichter Icterus.		ja 5 Tg.	Sektion: Diffuse, allgemeine Peritonitis apostematosa. Proc. verm. an der hinteren Cöcalwand in die Höhe geschlagen. Ca. $1^1/_2$ cm unter der Spitze eine gangr. Stelle mit Perforation. Daselbst Kotstein. —
Peritonitis? Pneumonie?		ja 9 Tg.	Septisch eingeliefert.
Grosser Abscess.		ja 1 Tg.	Sektion: Sepsis.
Darmschlingen verklebt und eitrig infiltriert. — Icterus.		ja 4 Tg.	Sektion: Diffuse Peritonitis adhaesiva. Der proc. verm. liegt medianwärts neben der Wirbelsäule, etwas nach unten gebogen, zeigt keine Perforation. In den Lungen Hypostase.

Fortlaufende No.	Autor	Alter	Erste Erkrankung oder Recidiv	Tag der Operation seit Beginn der Krankheit	Wurmfortsatz		Wurmfortsatz perforiert	Kotsteine	Operation		Nach der Operation Recidive
					gefunden	entfernt			einzeitig	zweizeitig	
311	Prof. Sonnenburg	30	ja	26 d.					ja		
312	„	43	ja	6 d.	ja	ja		ja (2)	ja		
313	„	62	ja	8 d.	ja	ja			ja		
314	„	63	ja	?	ja				ja		
315	„	54	ja	5 d.	ja				ja		
316	„	50	ja	4 d.	ja				ja		
317	„	45	ja	?	ja	ja			ja		
318	Dr. J. Schoen	12	ja	ca. 14 Tg.	ja	ja	nein	ja (1)	ja		
319	„	33	ja	9 Tg.	ja	ja		ja (2)	ja		

Komplikationen. Abscess. Mehrfache Abscesse. Subphrenischer Abscess.	Ausgang		Bemerkungen. Lage des processus vermiformis. Stelle der Perforation. Recidiv bei nicht entferntem processus vermiformis. Eiterung intra- oder extraperitoneal. Sektionsbefund.
	Heilung	Tod	
Amaurose. — Hauthämorrhagien.		ja 16 Tg.	Sektion: Die perityphlitische Abscesshöhle liegt retrocoecal und ist von der Bauchhöhle völlig abgeschlossen. Die Perforationsstelle des proc. verm. scheint unmittelbar an seinem coecalen Ende gewesen zu sein. Streptococcensepsis infolge Resorption eines sehr spät operierten Abscesses. —
	ja 1 M.		Proc. verm. in einem eiterhaltigen Hohlraum nach abwärts verlaufend; erst gesunden nach Durchtrennung einer ca. 1 cm dicken, derbfibrösen Lage.
	ja 1 M.		Nicht congenitale, durch schweres Heben entstandene, incarcerierte gangränöse, „reine“ Hernie des proc. verm.
Erschöpfung		ja 2 Tg.	Bohnengrosser Bruchsack mit schwarzgrauem zusammengefaltetem Körper. Ende des proc. verm. als Inhalt.
Emphysem der Lungen, eitrige Bronchitis fettige Degeneration des Herzens. Fettleber.		ja 5 Std.	Im Bruchsack stinkender Eiter und der entzündete proc. verm.
	ja		Wurmfortsatz im Bruchsack.
	ja		Wurmfortsatz im Bruchsack, am unteren Ende graubläulich verfärbt, wahrscheinlich necrotisch.
	ja		Proc. verm. freiliegend, 14 cm lang, bleistiftdick mit ganz glatter, spiegelnder Serosa. Verdickung der Muscularis und Serosa, an der Innenseite der letzteren 2 sternförmige Narben, in der Lichtung dattelkerngrosser Koprolith.
	ja 28 Tg.		Proc. verm. glatt, spiegelnd frei und nicht verdickt; er enthielt 2 apfelsinenkerngrosse Koprolithen. Mukosa verdickt, oberflächlich ulceriert. Kein Eiter.

Fortlaufende No.	Autor	Alter	Erste Erkrankung oder Recidiv	Tag der Operation seit Beginn der Krankheit	Wurmfortsatz gefunden	Wurmfortsatz entfernt	Wurmfortsatz perforiert	Kotsteine	Operation einzeitig	Operation zweizeitig	Nach der Operation Recidive
320	Dr. Berger	21	ja (?)	4 d. nach Perforation	ja	nein	ja		ja		
321	„	60		4 Std. nach Perforation			ja		ja		
322	Dr. Schwartz	20	ja	Operat. in freier Zwischenzeit	ja	ja	nein	nein	ja		
323	Dr. Thomas	16	ja	13 d.	ja	ja	nein	nein	ja		
324	Prof. Iversen	45	ja	5 d.	ja	ja	nein	nein	ja		
325	„	36	ja	19 d.	ja	ja	nein	nein	ja		
326	„	34	ja	Monate	ja	ja	nein	nein	ja		
327	„	29	ja	In freier Zwischenzeit	ja	ja	nein	nein	ja		

Komplikationen. Abscess. Mehrfache Abscesse. Subphrenischer Abscess.	Ausgang		Bemerkungen. Lage des processus vermiformis. Stelle der Perforation. Recidiv bei nicht entferntem processus vermiformis. Eiterung intra- oder extraperitoneal. Sektionsbefund.
	Heilung	Tod	
Diffus citrige Peritonitis. Pseudoileus.	ja		Der Wurmfortsatz war an der Stelle seiner Insertion in den Blinddarm perforiert.
Diffuse Peritonitis.		ja 6 Tg.	Tod infolge septischer Pneumonie.
Sitz des Eiterdurchbruches dicht unterhalb des Nabels.	ja		Wurmfortsatz stark verlagert an der vorderen Bruchwand, am unteren Ende der alten Abscessnarbe adhärent.
Ileus.	ja		Volvulus des Coecum nebst frischer Adhäsivperitonitis infolge von Abklemmung des Colon ascendens durch den mit dem Dünndarm verwachsenen proc. verm.
Ileum und Coecum waren in bedeutendem Umfange zusammengelötet. Omentaladhärenzen. —	ja 1 M.		Proc. verm. von Adhärenzen ganz verborgen, S-förmig zusammengebogen, lag hinter der Kuppel des Coecum, 6 cm lang, Wand stark verdickt.
Coecum mit seiner Hinterwand stark mit dem Peritoneum in der Fossa iliaca zusammengelötet.	ja		Proc. verm. stark verdickt, zusammengebogen, (die Spitze nahe am Ursprung) stark adhärent mit dem Coecum.
Omental- und Coecaladhärenzen.	ja		Proc. verm. infolge Einschrumpfung des Omentum stark eckig gebogen, nach Lösung der Omentaladhärenzen wird er ausgestreckt.
	ja		Proc. verm. hatte eine Biegung und war erweitert. Er war durch Adhärenzen in der gebogenen Lage fixiert und sehr hart. Schleimhaut war ulceriert, an einem Punkte drohte eine Perforation.

Fortlaufende No.	Autor	Alter	Erste Erkrankung oder	Recidiv	Tag der Operation seit Beginn der Krankheit	Wurmfortsatz gefunden	Wurmfortsatz entfernt	Wurmfortsatz perforiert	Kotsteine	Operation einzeitig	Operation zweizeitig	Nach der Operation Recidive
328	Prof. Iversen	20		ja	2 M.	ja	ja	nein	nein	ja		
329	„	?		ja	ca. 10 d.	ja	ja	nein	nein	ja		
330	Dr. Richelot	18	?		18 M.	ja	ja		nein	ja		
331	Dr. Mc. Burney	?	?		4 d.	ja	ja			ja		
332	Dr. Krecke	9	ja		6 d.	ja	ja	ja		ja		
333	„	23		ja	17 d.					ja		
334	Dr. W. Meyer	9		ja	4 d.	ja	ja	nein	ja	ja		
335	„	12		ja	Wochen	ja	ja	ja		ja		

Komplikationen. Abscess. Mehrfache Abscesse. Subphrenischer Abscess.	Ausgang		Bemerkungen. Lage des processus vermiformis. Stelle der Perforation. Recidiv bei nicht entferntem processus vermiformis. Eiterung intra- oder extraperitoneal. Sektionsbefund.
	Heilung	Tod	
Coecum und Colon ascendens war teilweise von Adhärenzen bedeckt, in welchen der Appendix eingebettet war, überall mit dem Coecum zusammengelötet.	ja		Proc. verm. ziemlich lang, gefaltet, ulceriert und narbig in der Mitte eingezogen.
	ja 8 W.		Tumor, welcher vom Omentum und Dünndarm umgeben war, hatte ein hartes Zentrum; dies war der proc. verm.
Netz haftet an Tube und proc. verm. Linksseitige Ovarialcyste.	ja		Im proc. verm. Eiter, seine Wand verdickt.
	ja		Proc. verm. stark ausgedehnt, total gangränös, an der rechten Seite des Colon ascendens adhärent, mit Kotmassen gefüllt.
Perforation einer Darmschlinge mit Kotentleerung.	ja		
	2 M.		
Akute Sepsis.		15 Std.	Proc. verm. abgeknickt und mit dem Peritoneum verwachsen, bröckelig. Sein äusseres Ende wallnussförmig aufgetrieben mit einer dunkelbraunen purulent stinkenden Flüssigkeit erfüllt.
		ja	

Bei Schluss meiner Arbeit erhielt ich noch Kenntnis von 36 Fällen, die der Klinik des Herrn Professor Roux entstammen und deren statistische Zusammstellung folgendes Resultat ergibt:

36 Fälle sämtlich operiert.

30 geheilt.

Davon sind erste Erkrankungen 21.
Recidive 14.

Vor dem 3. Tag operiert wurde 1 mal.

Der Proc. verm. wurde gefunden in 32 Fällen.
Entfernt in 19 Fällen.
War perforiert in 23 Fällen.
Kotsteine in 11 Fällen.

Die Operation war in allen 36 Fällen einzeitig.

Von den in anfallsfreier Zeit operierten 8 Pat. starb einer.

Im ganzen starben 6.

Todesursache:
Peritonitis 2.
Marasmus 1.
Tuberkulose 1.
Erkrankung anderer Organe 1.
Unbekannt 1.

Das Gesamtergebnis meiner Zusammenstellung von 371 operierten Fällen aus dem Material v. Heinecke, Graser, Lennander, Sonnenburg, Kümmel, Schede, Schuchardt, Iversen, Roux, Sendler, Schlafke und anderer ist folgendes:

371 Fälle sämtlich operiert.

Von diesen gelangten zur Heilung 304.

Um erste Erkrankung handelte es sich in 235 Fällen, während 131 Recidive betrafen.

Vor dem 3. Tage wurde in 13 Fällen operiert. Die Operation war 363 mal einzeitig und 8 mal zweizeitig.

Der Proc. verm. wurde 235 mal gefunden und 191 mal entfernt.

In 149 Fällen war er perforiert.

Kotsteine sind ausdrücklich erwähnt in 108 Fällen.

Nach der Operation traten in nur 10 Fällen Recidive auf.

Um Recidive bei nicht entferntem proc. verm. handelt es sich in 6 Fällen.

Mehrfache Abscesse sind ausdrücklich erwähnt in 29 Fällen.

Subphrenische Abscesse in 7 Fällen.

Unter den 30 in freier Zwischenzeit operierten Fällen ist ein einziger Todesfall zu verzeichnen.

In 371 Fällen finden sich 60 Todesfälle.

Davon kommen 37 auf septische Peritonitis.,
6 auf allgemeine Sepsis.
4 auf Marasmus,
7 auf Erkrankungen anderer Organe.
in 6 anderen ist die Todesursache unbekannt.

Litteraturverzeichnis.

Graser, Über Perityphlitis und deren Behandlung.

Graser, v. Langenbecks Archiv Bd. XLI. Heft 2.

Penzoldt-Stintzing, Handbuch der speziellen Therapie innerer Krankheiten.

v. Strümpell, Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie innerer Krankheiten.

Kümmel, v. Langenbecks Archiv Bd. XLIII. Jub.-Heft.

Sendler, Münch. Mediz. Wochenschrift Nr. 50. 1892.

Iversen, Deutsche Mediz. Wochenschrift Nr. 12. 1891.

Bode, Ansichten über Wesen und Behandlung der Perityphlitis. Inaug.-Diss. 1893.

Einhorn, Über Perforationen des Proc. verm. ins Coecum. Inaug.-Diss. 1891.

Sahli, Über Pathologie und Therapie der Perityphlitis, Corresp.-Blatt f. Schweizer Ärzte. 1895. Nr. 18/19.

Talamon, Appendicite et Périty phlite, Paris 1892.

W. Mayer, When shall We Operate for appendicitis? New-York 1896.

Volz, Die durch Kotsteine bedingte Durchbrechung des Wurmfortsatzes, Carlsruhe 1846.

Lennander, Über Appendicitis, Wien 1895.

Steiner, Zur path. Anatomie des Wurmfortsatzes, Basel 1882.

Langheld Zur Antiologie der Perityphlitis. Inaug.-Dissertation. Berlin 1890.

Böhm, Zur operativen Behandlung der Perityphlitis. München 1893.

Holm, Zur Behandlung der Perityphlitis. Kiel 1894.

Sonnenburg, Pathologie und Therapie der Perityphlitis. Leipzig 1894.

Sonnenburg, Über Operationen am proc. vermiformis. Festvortrag, Berlin 1896.

Eulenburg, Real-Encyklopädie.

Demme, Wiener med. Blätter. 1884. Nr. 52.

Service, Lancet 1879.

Boussi, Bull. Soc. clin. de Paris 1873.

Fitz, Schmidts Jahrbücher der Medizin. 1887. 215. Seite 35.

Mikulicz, Schmidts Jahrbücher der Medizin. 1890. 226. Seite 159.

Krafft, Schmidts Jahrbücher der Medizin. 1889. 222. Seite 55.